Über dieses Buch

Dies ist ein digitales Exemplar eines Buches, das seit Generationen in den Regalen der Bibliotheken aufbewahrt wurde, bevor es von Google im Rahmen eines Projekts, mit dem die Bücher dieser Welt online verfügbar gemacht werden sollen, sorgfältig gescannt wurde.

Das Buch hat das Urheberrecht überdauert und kann nun öffentlich zugänglich gemacht werden. Ein öffentlich zugängliches Buch ist ein Buch, das niemals Urheberrechten unterlag oder bei dem die Schutzfrist des Urheberrechts abgelaufen ist. Ob ein Buch öffentlich zugänglich ist, kann von Land zu Land unterschiedlich sein. Öffentlich zugängliche Bücher sind unser Tor zur Vergangenheit und stellen ein geschichtliches, kulturelles und wissenschaftliches Vermögen dar, das häufig nur schwierig zu entdecken ist.

Gebrauchsspuren, Anmerkungen und andere Randbemerkungen, die im Originalband enthalten sind, finden sich auch in dieser Datei – eine Erinnerung an die lange Reise, die das Buch vom Verleger zu einer Bibliothek und weiter zu Ihnen hinter sich gebracht hat.

Nutzungsrichtlinien

Google ist stolz, mit Bibliotheken in partnerschaftlicher Zusammenarbeit öffentlich zugängliches Material zu digitalisieren und einer breiten Masse zugänglich zu machen. Öffentlich zugängliche Bücher gehören der Öffentlichkeit, und wir sind nur ihre Hüter. Nichtsdestotrotz ist diese Arbeit kostspielig. Um diese Ressource weiterhin zur Verfügung stellen zu können, haben wir Schritte unternommen, um den Missbrauch durch kommerzielle Parteien zu verhindern. Dazu gehören technische Einschränkungen für automatisierte Abfragen.

Wir bitten Sie um Einhaltung folgender Richtlinien:

+ *Nutzung der Dateien zu nichtkommerziellen Zwecken* Wir haben Google Buchsuche für Endanwender konzipiert und möchten, dass Sie diese Dateien nur für persönliche, nichtkommerzielle Zwecke verwenden.

+ *Keine automatisierten Abfragen* Senden Sie keine automatisierten Abfragen irgendwelcher Art an das Google-System. Wenn Sie Recherchen über maschinelle Übersetzung, optische Zeichenerkennung oder andere Bereiche durchführen, in denen der Zugang zu Text in großen Mengen nützlich ist, wenden Sie sich bitte an uns. Wir fördern die Nutzung des öffentlich zugänglichen Materials für diese Zwecke und können Ihnen unter Umständen helfen.

+ *Beibehaltung von Google-Markenelementen* Das "Wasserzeichen" von Google, das Sie in jeder Datei finden, ist wichtig zur Information über dieses Projekt und hilft den Anwendern weiteres Material über Google Buchsuche zu finden. Bitte entfernen Sie das Wasserzeichen nicht.

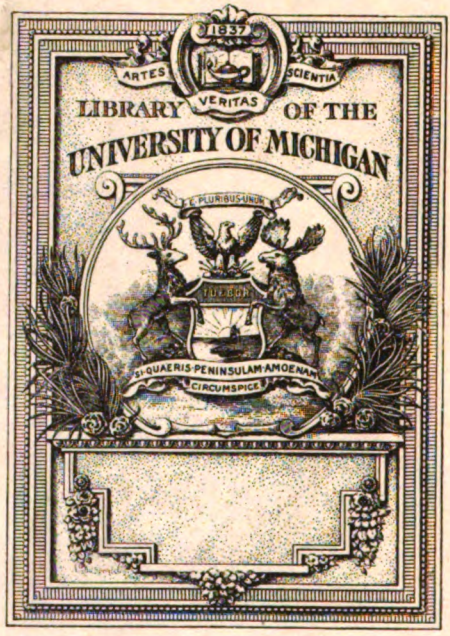
+ *Bewegen Sie sich innerhalb der Legalität* Unabhängig von Ihrem Verwendungszweck müssen Sie sich Ihrer Verantwortung bewusst sein, sicherzustellen, dass Ihre Nutzung legal ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass ein Buch, das nach unserem Dafürhalten für Nutzer in den USA öffentlich zugänglich ist, auch für Nutzer in anderen Ländern öffentlich zugänglich ist. Ob ein Buch noch dem Urheberrecht unterliegt, ist von Land zu Land verschieden. Wir können keine Beratung leisten, ob eine bestimmte Nutzung eines bestimmten Buches gesetzlich zulässig ist. Gehen Sie nicht davon aus, dass das Erscheinen eines Buchs in Google Buchsuche bedeutet, dass es in jeder Form und überall auf der Welt verwendet werden kann. Eine Urheberrechtsverletzung kann schwerwiegende Folgen haben.

Über Google Buchsuche

Das Ziel von Google besteht darin, die weltweiten Informationen zu organisieren und allgemein nutzbar und zugänglich zu machen. Google Buchsuche hilft Lesern dabei, die Bücher dieser Welt zu entdecken, und unterstützt Autoren und Verleger dabei, neue Zielgruppen zu erreichen. Den gesamten Buchtext können Sie im Internet unter `http://books.google.com` durchsuchen.

B 3 9015 00210 961 2
University of Michigan – BUHR

Digitized by Google



Digitized by Google

Lucas Prize
610.5
N489

Digitized by Google

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT

1-7887

ÜBERSICHT

DER

LEISTUNGEN AUF DEM GEBIETE DER ANATOMIE, PHYSIOLOGIE, PATHOLOGIE UND THERAPIE DES NERVENSYSTEMS EINSCHLIESSLICH DER GEISTESKRANKHEITEN.

HERAUSGEGEBEN

VON

Dr. E. MENDEL,
PRIVATDOCENT AN DER UNIVERSITÄT BERLIN.

ERSTER JAHRGANG.

LEIPZIG,
VERLAG VON VEIT & COMP.
1882.

Digitized by Google

Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 2. Januar. No. 1.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ueber die Latenzdauer und den pseudo-reflectorischen Character der Sehnenphänomene von Prof. Dr. **A. Eulenburg.** — Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel von Dr. **Th. Rumpf.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Der Schädel Immanuel Kant's von **C. Kupffer** und **F. Bessel.** 2. Ueber die Kerne der Augenbewegungsnerven von **v. Gudden.** — Physiologie. 3. Ueber die Einwirkung der Lymphe auf die Centralorgane von **Th. Rumpf.** — Pathologische Anatomie. 4. Fall von Mangel des Balkens in einem Idiotenhirn von Prof. **Forel.** 5. Contribution à l'anatomie pathologique de la moëlle épinière dans l'empoissonnement par le phosphore von **Danillo.** 6. Herpes zoster von Dr. E. **Lesser.** — Pathologie. 7. Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen von Dr. **Th. Petřina.** 8. Durst und Polydipsie von Prof. **Nothnagel.** 9. Ueber Chorea magna von Dr. **Seeligmüller.** 10. Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse von Dr. **R. Schulz** und Prof. **Fr. Schultze.** 11. Contribution à l'étude des paralysies spinales antérieures aiguës von **A. Proust** und **J. Comby.** 12. Neuropathische Diathese und Kniephänomen von Dr. **E. Bloch.** 13. Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode von Dr. **Finger.** 14. Paramyoklonus multiplex von Prof. Dr. **Friedreich.** 15. Coordinirte Erinnerungskrämpfe von demselben. — Psychiatrie. 16. La durata delle percezioni elementari negli alienati von **Buccola.** 17. De la torpeur cérébrale von **B. Ball.** 18. Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives von **Luys.** 19. De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné von **Magnan.** 20. Hallucinations in General Paralysis of the Insane von **Mickle.** 21. Notes of a Case of General Paralysis at the age of twelve von **Turnbull.** — Therapie. 22. De la curabilite relative de l'épilepsie à la Salpêtrière von **Ferrand.** 23. Du traitement de l'épilepsie von **Fusier.** 24. Ischias von **Lereboullet.** — Forensische Psychiatrie. 25. Rapport medico-légal sur l'état mental de Felix Lemaître von **Legrand de Saulle.** 26. Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire von **Rousseau.** 27. Theorie physiologique de l'Hallucination von **Despine.**

III. **Bibliographie.** Vorträge über Irrenpflege von Dr. **F. Scholz.**

IV. **Vermischtes.**

Programm.

Gesondert und ohne erhebliche Rücksicht auf einander zu nehmen haben sich allmählich die Anatomie des Centralnervensystems, die Physiologie des Gehirns und des Rückenmarks, die Pathologie des gesammten Nervensystems, und, von der letzteren getrennt, die Psychiatrie entwickelt.

Mehr und mehr hat sich jedoch in den allerletzten Decennien die wissenschaftliche Forschung bestrebt, die Bindeglieder zwischen der Anatomie

Digitized by Google

einer- und der Physiologie andererseits, zwischen diesen wieder und der Pathologie des Nervensystems aufzusuchen, und ganz besonders auch die Psychiatrie mit jenen in nähere Verbindung zu bringen.

Die Aufgabe der Zukunft wird es sein, die hier geschlagenen Brücken, die meist noch schwankende und schmale sind, zu befestigen, zu verbreitern.

Bei der grossen Menge von Thatsachen, die auf jenem Gebiete die anatomische Forschung, wie das physiologische Experiment fördert, bei der sich häufenden Zahl der hierher gehörigen klinischen Untersuchungen und Einzelbeobachtungen, die alle wieder zerstreut in den verschiedensten Journalen sich finden, wird es für den Einzelnen fast unmöglich, sich fortdauernd ein Bild über das Gesammtgebiet zu verschaffen.

Das „Neurologische Centralblatt“ stellt es sich zur Aufgabe, in kurzen Zwischenräumen seinen Lesern über die neuesten wissenschaftlichen Leistungen auf all den bezeichneten Gebieten Bericht zu erstatten. Gelingt ihm die Erfüllung dieser Aufgabe in ihrem vollen Umfang, dann wird es nicht bloss dem Arzte ein getreues Bild des jeweiligen Standpunkts der Neuropathologie im weitesten Sinne geben, nicht bloss dem Forscher ein willkommenes Hülfsmittel bei seinen Arbeiten sein, sondern es dürfte dann auch, indem es die verschiedenen concurrirenden Specialitäten verbindend zusammenfügt, die Entwicklung der medicinischen Wissenschaft überhaupt fördern.

Das „Neurologische Centralblatt“ wird enthalten:

I. Kurze Originalmittheilungen. — II. Referate: 1) Anatomie des Nervensystems; 2. Physiologie des Nervensystems; 3. Pathologische Anatomie des Nervensystems; 4. Pathologie des Nervensystems; 5. Psychiatrie; 6. Therapie. Elektrotherapie; 7. Forensische Psychiatrie; 8. Anstaltswesen u. s. w. — III. Gesellschafts- und Versammlungsberichte. — IV. Besprechungen von selbständigen Werken. Bibliographie. — V. Personalien und Vermischtes.

Ihre Mitwirkung haben bis jetzt zugesagt: Prof. Dr. O. Berger (Breslau), Dr. Binswanger (Berlin), Dr. Eisenlohr (Hamburg), Prof. Dr. Emminghaus (Dorpat), Prof. Dr. Erb (Leipzig), Prof. Dr. Eulenburg (Greifswald), Docent Dr. F. Falk (Berlin), Prof. Dr. Paul Flechsig (Leipzig), Dr. Gnauck (Berlin), Dr. Hadlich (Pankow), Prof. Dr. Hirschberg (Berlin), Direktor Dr. Jehn (Merzig), Dr. Moeli (Berlin), Docent Dr. E. Remak (Berlin), Dr. Th. Rumpf (Düsseldorf), Prof. Dr. F. Schultze (Heidelberg), Dr. F. Siemens (Marburg), Dr. E. Sioli (Leubus), Dr. von den Steinen (Berlin), Docent Dr. A. Strümpell (Leipzig.)

Der Herausgeber.

Digitized by Google

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber die Latenzdauer und den pseudoreflectorischen Charakter der Sehnenphänomene.

Von Prof. Dr. **A. Eulenburg** in Greifswald.

Seit einem Jahre habe ich bei Gesunden und Kranken eine Methode graphischer Darstellung der sogenannten Sehnenreflexe — speciell des Kniephänomens — in Anwendung gebracht, über welche in einer demnächst erscheinenden Arbeit (in der Zeitschrift für klinische Medicin) das Nähere mitgetheilt wird.

In letzterer Arbeit (welche im Juni d. J. zum Druck gegeben wurde) deutete ich darauf hin, dass vielleicht auf Grund der für die Dauer der Latenzperiode gefundenen Werthe die Frage nach dem reflectorischen oder nichtreflectorischen Charakter der Phänomene einer Beantwortung näher geführt werden könnte. Das mir damals vorliegende Material war jedoch für diesen Zweck noch zu klein. Inzwischen hat sich dasselbe bedeutend vergrössert, indem mit Hülfe meiner Assistenten, der Herren Dr. Gutmann und Hufschmidt, eine erhebliche Anzahl gesunder Personen (über hundert; besonders Studenten und Jäger der hiesigen Garnison) mit Rücksicht auf den obigen Zweck graphisch untersucht wurden.

Die erhaltenen Curven bestätigen nun durchweg das Ergebniss meiner früheren, in der obigen Arbeit mitgetheilten Befunde. Nach Allem kann mit Sicherheit behauptet werden, dass die Latenzdauer des Patellarphänomens bei gesunden erwachsenen Personen (Männern) — mit äusserst vereinzelten Ausnahmen — nicht über $^2/_{62}$ Sekunde (= 0,03226) hinausgeht. Ich sage, mit äusserst vereinzelten Ausnahmen; unter den in den letzten 4 Monaten daraufhin geprüften 80 gesunden männlichen Erwachsenen nämlich befand sich Einer, bei welchem das Kniephänomen überhaupt, auch graphisch, auf beiden Seiten nicht constatirbar war (Jäger hiesiger Garnison); ein Zweiter, ebenfalls Jäger, bei welchem das Kniephänomen auf der einen Seite entschieden fehlte, während auf der anderen die Latenzdauer, bei übrigens sehr schwacher Zuckung, vergrössert war; sie betrug hier mindestens $^3/_{62}$ Sekunde (= 0,0484).

Fälle, in welchen die Latenzdauer unter obiger Grenze bleibt und nur zwischen $^1/_{62}$ und $^2/_{62}$ Sekunde (0,01613—0,03226) beträgt, sind bei gesunden Erwachsenen keineswegs selten.

In Fällen von pathologisch gesteigertem Sehnenphänomen endlich kann die Latenz selbst unter $^1/_{62}$ (0,01613) Sekunde herabgehen.

Wie aus am Cadaver vorgenommenen Messungen hervorgeht, beträgt die Dauer der bei etwaiger reflectorischer Entstehung des Phänomens zu durchlaufenden centripetalen und centrifugalen Strecken zusammen ziemlich genau 1 Meter (centripetale durchschnittlich $64^1/_2$; centrifugale durchschnittlich 34,25 Cm.).

Aus diesen Daten lassen sich, unter Einschaltung der für die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im normalen menschlichen Nerven ermittelten Werthe weitere Anhaltspunkte gewinnen, durch welche der „reflectorische“ Charakter

Digitized by Google

der Phänomene sehr in Frage gestellt wird. Setzen wir die Geschwindigkeit der Leitung mit HELMHOLZ und BAXT = 33,9 Meter in der Sekunde (oder fast genau 0,03 per Meter), so ergiebt sich bei der maximalen Latenzdauer von 0,03226 allerdings ein für den Reflex gerade genügender Zeitraum — vorausgesetzt nämlich, dass die auf Hemmung in den centralen Ganglienzellen entfallende Zeit als ausserordentlich kurz — kaum mehr als 0,002 ($^1/_{500}$ Sekunde) betragend — angenommen werden dürfte. In den Fällen dagegen, wo bei Gesunden die Latenzdauer nur zwischen $^1/_{62}$ und $^2/_{62}$ Sekunde beträgt, stösst die Annahme einer reflectorischen Entstehung schon auf sehr beträchtliche Schwierigkeiten; und noch mehr ist das bei den pathologischen Befunden der Fall; wo, wie ich mehrfach beobachtet habe, die Latenzdauer (bei gleichzeitig sehr verstärkter und verlängerter Zuckung) noch unter $^1/_{62}$ Sekunde zurückbleibt. In derartigen Fällen an eine so enorme Beschleunigung der Leitung in den peripheren, centripetalen und centrifugalen Nervenbahnen zu denken, haben wir wenigstens bisher keine Veranlassung; die allerdings anzunehmende Verminderung der centralen Hemmungen kann, da letztere schon im günstigsten Falle als so ausserordentlich gering gelten müssten, nicht merklich ins Gewicht fallen.

Andererseits zeigt sich, dass Verlangsamung der Latenz, bei Gesunden und Kranken, stets mit Abschwächung des Phänomens einhergeht; dass überhaupt die Latenzdauer und die Stärke des Phänomens zu einander in umgekehrt proportionalem Verhältnisse stehen. Es liegt daher der Schluss nahe, dass bei einer Verlangsamung der Leitung in den centripetalen Nervenbahnen über eine gewisse Grenze hinaus die Wahrnehmbarkeit des Phänomens überhaupt schwindet. Bemerkenswerth scheint mir in dieser Beziehung der oben erwähnte Fall, in welchem bei einem gesunden Manne auf einer Seite verlängerte Latenz und schwache Zuckung vorhanden war — auf der anderen Seite das Kniephänomen überhaupt fehlte.

Ich erblicke demnach in meinen Resultaten eine Bestätigung der bekanntlich vorzugsweise von WESTPHAL[1] vertretenen Ansicht, dass die Sehnenphänomene — speciell das Kniephänomen — auf einfach reflectorische Vorgänge nicht zurückgeführt werden können, vielmehr als complicirte Erscheinungen aufzufassen sind, die, wie WESTPHAL hervorhebt, mit dem Muskeltonus in innigem Zusammenhange stehen. Ausser einer gewissen Stärke des Muskeltonus ist jedoch, wie es scheint, auch eine gewisse Schnelligkeit und Integrität der peripheren Reizaufnahme und Reizfortpflanzung als eine wesentliche Bedingung für das normale Zustandekommen des Phänomens zu betrachten. Wo die entgegenstehenden (peripheren) Hemmungen eine gewisse Grenze überschreiten, wird das Phänomen unsicher oder bleibt ganz aus, was unter Umständen noch innerhalb der physiologischen Gesundheitsbreite der Fall sein kann; weit mehr aber, wenn mit sehr gesteigerten peripheren Hemmungen gleichzeitig eine pathologische Herabsetzung oder Aufhebung des Muskeltonus

[1] Ueber das Verschwinden und die Localisation des Kniephänomens. Berliner klinische Wochenschrift 1881 No. 1.

Digitized by Google

einhergeht. Beide Bedingungen treffen nun vor Allem zusammen bei der Tabes dorsalis, wo ja die taktile Leitung an den unteren Extremitäten nahezu constant, oft in enormer Weise, gestört und verlangsamt — zugleich aber auch der Muskeltonus (durch Läsion der die lumbalen Hinterstranggrundbündel durchsetzenden hinteren Wurzelfasern) nachhaltig beeinträchtigt ist.

Aus diesem Zusammentreffen zweier Factoren, die eine Steigerung der gemeinsamen Wirkung, unter Umständen aber auch eine gewisse gegenseitige Compensation zulassen, erklärt es sich, dass bei der typischen Tabes dorsalis das Kniephänomen in der Regel fehlen muss — dass dasselbe aber auch ausnahmsweise wohl vorhanden sein kann, wie die kaum anzuzweifelnden Befunde von Jewell-Bannister, Gowers, Sawyer, Clifford Albutt und Anderen beweisen. (Ich selbst habe Fälle von lumbaler Tabes mit fortbestehendem Kniephänomen allerdings niemals gesehen.) Es erklärt sich ferner, dass der Verlust der Sehnenphänomene bald in früheren, bald in späteren Stadien der Krankheit erfolgen kann und dass das Kniephänomen in einzelnen Fällen bei einer therapeutisch herbeigeführten Besserung der Sensibilität (Nervendehnung[1]) sich wiederherstellt. Ich will noch den Umstand hervorheben, dass wahre Reflexe an den Unterextremitäten, wie z. B. Cremaster-Reflex, Fusssohlenreflex, bei voll entwickelter Tabes oft ungeschwächt fortdauern oder sogar erhöht sein können. — Das stärkere Hervortreten des Kniephänomens unter Strychningebrauch, das von mir in einem Falle einseitigen Defects constatirte Wiedererscheinen desselben nach örtlicher Strychnin-Injection ist wohl so zu verstehen, dass Strychnin den Reflextonus, vielleicht durch die Aufnahmsfähigkeit der peripherischen Endapparate steigert und somit die dem Zustandekommen des Phänomens entgegenstehenden Hindernisse auf normalere Dimensionen herabsetzt.

---

2. Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel.

Von Dr. **Th. Rumpf** in Düsseldorf.

(Nach einem auf d. Versamml. d. Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf am 6. October 1881 gehaltenen Vortrag.)

Das rege Interesse, welches zur Zeit der Tabes dorsalis und der Behandlung derselben entgegenbracht wird, lässt mich Veranlassung nehmen, Ihnen heute einen Mann vorzustellen, den ich vor etwa Jahresfrist als geheilten Fall von Tabes entlassen habe, und der seit jener Zeit vollständig gesund und arbeitsfähig geblieben ist.

Jakob Boder, 40 Jahre alt, wurde mir von Collegen Herrn Dr. Hölling am 29. Juli unter der Diagnose Tabes dorsalis zugeführt.

---

[1] Ich will hier die Thatsache anführen, dass ich bei Hunden nach einseitiger starker Cruralis-Dehnung ein vorübergehendes, mehrstündiges oder längeres Verschwinden des Kniephänomens auf der operirten Seite angetroffen habe. Da vor und nach der Dehnung angestellte faradische Prüfungen eine völlige Integrität der motorischen Erregbarkeit und Leitung ergaben, so kann der zeitweise Verlust des Kniephänomens nur auf centripetale Leitungshindernisse, resp. auf Verminderung des Reflextonus im Ext. quadriceps zurückgeführt werden.

Digitized by Google

Derselbe ist Sandformer in einer Eisengiesserei, war bis zum Jahre 1869 vollständig gesund und hat jedenfalls nie an Lues gelitten. Damals hatte Pat. zuerst einen heftigen Anfall von reissenden Schmerzen in den Beinen, die von der Hüfte zur Kniekehle ausstrahlten und den Pat. arbeitsunfähig machten. Diese Affection liess im Laufe von etwa 6 Wochen indessen so nach, dass Pat. seinen Beruf wieder aufnehmen konnte. Doch traten seit jener Zeit bei Witterungswechsel, Erkältungen u. s. w. dieselben reissenden Schmerzen stets von neuem auf, ohne dass Pat. jedoch Veranlassung nahm, seine Beschäftigung in dem stets nassen Sande zu sistiren.

Im Jahre 1870 erkrankte er an der Ruhr und soll seitdem eine Abnahme der Leistungsfähigkeit sich geltend gemacht haben; eine wesentliche Verschlimmerung datirt indessen erst aus den letzten Monaten. Vor etwa 8 Wochen hatte Pat. ohne einer Veranlassung sich bewusst zu sein, eine heftige Affection des Magens, die mit Schmerzen, Erbrechen, starkem Kopfweh einherging und einige Tage anhielt. Darnach machte die Schwäche der Beine rasche Fortschritte, so dass Pat. mit Stock gehen musste. Auch die reissenden Schmerzen traten wieder auf mit Taubsein der Fusssohlen und daran schloss sich Pelzigsein und Kribbeln in den Armen und besonders den Händen, zeitweise begleitet von äusserst peinlichem Gürtelgefühl.

Der Stuhl war meist verzögert. Eine Betheiligung der Geschlechtsfunction soll nicht vorhanden gewesen sein. Dagegen war die Urinentleerung vielfach erschwert.

Kopf und Kopfnerven waren frei, aber der Schlaf ausserordentlich schlecht und meist durch Schmerzen in den Beinen gestört.

Die objective Untersuchung ergab:

Pat. ist ein grosser, schlanker Mann von mässig entwickelter Muskulatur, der mit exquisit stampfendem Gange die Fersen zuerst aufsetzend in das Zimmer tritt. Stehen auf einem Fusse sehr schlecht, mit geschlossenen Füssen mangelhaft, bei gleichzeitig geschlossenen Augen stärkeres Schwanken. Zehenstand und Fersenstand sehr unsicher.

Die Untersuchung im Liegen ergiebt, dass die motorische Kraft vollständig gut ist. Dagegen zeigt sich bei allen feineren Bewegungen in den unteren Extremitäten eine exquisite Ataxie, die aber beim Schliessen der Augen in keiner Weise zunimmt.

Die Untersuchung der Sensibilität zeigt zunächst eine über den ganzen Körper sich erstreckende Analgesie. Beim Durchstechen einer Hautfalte empfindet Pat. nur eine leichte Berührung, die auch nicht nachträglich von einer Schmerzempfindung gefolgt ist. An den unteren Extremitäten werden ausserdem Spitze und Knopf der Nadel nicht deutlich oder wenigstens selten unterschieden, Anhauchen und Anblasen werden an den Unterschenkeln nicht, an den Oberschenkeln nicht sicher unterschieden. Die Differenz, bei welcher zwei Spitzen getrennt empfunden werden, beträgt an den Oberschenkeln circa 6 cm, an den Unterschenkeln 7—8, an den Fusssohlen > 8 cm.

Das Muskelgefühl in den unteren Extremitäten ist nicht nachweisbar gestört. Keine Muskelspannungen.

Die Sehnenreflexe fehlen an der Patellar- und Achillessehne vollständig.

Plantarreflex fehlt, Cremaster- und Abdominalreflex schwach. Die Füsse schwitzen schon seit langer Zeit nicht mehr. Die Beine und Füsse sind stets kalt.

In den oberen Extremitäten deutliche aber nicht hochgradige Ataxie bei Analgesie, jedoch ohne die geringste nachweisbare Störung des Muskelgefühls. Tastkreise am Vorder- und Oberarm 5 cm. Keine Muskelspannungen.

Die Sehnenreflexe fehlen auch hier vollständig.

Schmerzhaftigkeit und Gefühl von Schwäche im Rücken. Gürtelgefühl in der Höhe des Nabels.

Digitized by Google

Gehirn und Gehirnnerven frei, Augen normal, keine Hyosie, keine reflectorische Pupillenstarre.

Schlaf wegen starker Schmerzen sehr schlecht. Stuhl verzögert. Blasenentleerung erschwert. Pat. bedarf zur Urinentleerung mehr Zeit und grösserer Anstrengung. Die electrische Untersuchung ergiebt keine Anomalität.

Pat. vermag am Stocke die von seiner Wohnung zu mir etwa 6 Minuten betragende Entfernung nur mit Mühe zurückzulegen. Eine grosse Müdigkeit ist das Resultat auch der geringsten Bewegung.

Resumiren wir noch einmal kurz das gesammte Krankheitsbild, so sehen wir einen Fall, bei welchem die Diagnose einer typischen Tabes keinem Zweifel unterliegen kann. Im Laufe von 11 Jahren, während welcher die charakteristischen bei Witterungswechsel exacerbirenden, lanzinirenden Schmerzen bestanden haben, hat sich eine langsam fortschreitende Abnahme der Leistungsfähigkeit eingestellt. Im Anschluss an eine heftige Magenaffection, die mit den crises gastriques einige Aehnlichkeit hat, ist sodann eine stärkere Schwäche der Beine mit abnormen Sensationen in Füssen und Händen und Gürtelgefühl und Blasenschwäche eingetreten, und diese Erscheinungen haben sich im Laufe der letzten Monate so verschlimmert, dass ein Weg von 6 Minuten von dem Patienten nur mit Mühe und mit Hülfe eines Stockes zurückgelegt werden kann.

Diesen subjectiven Klagen gegenüber verweist die objective Untersuchung neben einer zweifellosen Ataxie der oberen und unteren Extremitäten bei erhaltener motorischer Kraft Analgesie der gesammten Körperoberfläche, Herabsetzung der Tast- und Temperatur-Empfindung und Vergrösserung der Tastkreise.

Dabei findet sich ein hochgradiges Ermüdungsgefühl ohne weitere Störung der Sensibilität der Muskeln und der tieferen Theile, Gürtelgefühl, Störung der Blasenfunction und Fehlen sämmtlicher Sehnenreflexe und des Plantarreflexes, ein Befund, der uns wohl berechtigt, die der Tabes zugeschriebene pathologisc-hanatomische Veränderung des Rückenmarks anzunehmen.

Pat. wurde von mir zur elektrischen Behandlung übernommen und im Hinblick auf physiologische Untersuchungen über die Wirkung elektrischer Hautreize und frühere Erfahrungen zunächst mit dem faradischen Pinsel behandelt.

Die Behandlung wurde in der Weise vorgenommen, dass der positive Pol sich auf dem Sternum befand, während der Pinsel in Verbindung mit dem negativen Pol zunächst über den Rücken, dann über die Extremitäten geführt wurde. Dieselbe Procedur wurde dann mit dem Rücken beginnend nochmals wiederholt. Die Stromstärke war etwa so, dass der — Pol in der Ellenbeuge vom Nervus medianus aus Zuckungen auslöste. Die Dauer der Application betrug etwa 10 Minuten. Diese Behandlung wurde jeden zweiten Tag gemacht, und gestaltete sich unter ihr der Verlauf sehr glänzend.

Am zweiten Tage gab Pat. an, dass er die Nacht nach der Behandlung weit besser geschlafen habe. Nach fünfmaliger Pinselung waren die Schmerzen fast verschwunden und klagte Pat. weniger über Kälte der Füsse. Auch das Gefühl in den unteren Extremitäten, soweit es die Tast- und Temperaturempfindung betraf, besserte sich. Das Gürtelgefühl wurde geringer.

Unter dem 25. August waren die Sensibilitätsstörungen mit Ausnahme der noch leicht stellenweise nachweisbaren Analgesie verschwunden. Gürtelgefühl und Paraes-

Digitized by Google

thesien waren nicht mehr vorhanden. Die Urinentleerung war besser, doch klagte Pat. noch über grosse Müdigkeit und Unsicherheit in den Beinen. Die Ataxie war noch vorhanden, aber geringer. Da diese Klagen des Pat. auch Anfangs September sich noch wiederholten, wurde abwechselnd mit der faradischen Pinselung auch die gewöhnliche Galvanisation des Rückenmarkes vorgenommen und einige Zuckungen in den unteren Extremitäten ausgelöst.

Darnach besserte sich auch die Müdigkeit, und Pat. erklärte sich bald für vollständig gesund und arbeitsfähig.

Am 29. September entliess ich den Pat. mit der Weisung, zunächst nicht im nassen Sande zu arbeiten.

Von dem früheren Leiden war nichts mehr nachweisbar als Fehlen sämmtlicher Sehnenreflexe und des Plantarreflexes, sowie eine leichte Vergrösserung der Tastkreise, die an den unteren Extremitäten 4—5 cm, an den oberen 3,5—4 betrugen.

Ich habe dann den Patienten bis heute Morgen nicht wiedergesehen. Er ist aber in dem ganzen Jahre vollständig gesund geblieben. Sie sehen, dass er in seinen Bewegungen vollständig normal ist; Sie hören von ihm, dass er weit gesünder ist, als in den Jahren der lanzinirenden Schmerzen, und nun gestatten Sie mir, Ihnen zu zeigen, dass die Sensibilität, soweit wir sie hier prüfen können, normal ist. Dann aber möchte ich Ihnen die Sehnenreflexe zu demonstriren versuchen, deren vollständiges Fehlen vor Jahresfrist Ihnen aus der Krankengeschichte bekannt ist.

Sie sehen, dass die Patellarreflexe noch heute fehlen, dass aber die Sehnenreflexe an den Armen zurückgekehrt sind. Ebenso ist auch der Plantarreflex leicht zu demonstriren.

Trotz dieses Fehlens der Patellarreflexe dürfen wir aber wohl kein Bedenken tragen, unsern Fall vorläufig als einen geheilten Fall von Tabes zu betrachten. (Schluss folgt.)

II. Referate.

Anatomie.

1) Der Schädel Jmmanuel Kant's von C. Kupffer und F. Bessel (Hagen). (Archiv f. Anthropol. Bd. XIII. August 1881.)

Der im Juni 1881 mit vorzüglicher Sorgfalt untersuchte Schädel Kant's zeigt bei dünnen, stellenweise durchscheinenden Knochen ein Gewicht von 650 g. Die Nähte sind sehr regelmässig entwickelt, Sutura front. erhalten, auch Spuren einer Sut. occipit. transversa.

Die Grösse der Hirnkapsel ist bedeutend, ihre Capacität (nach Broca) 1740 ccm, während nur 2,5% deutscher Schädel (altbayerischer nach Ranke 7%) eine Capacität von 1700 ccm und mehr haben.

Der horizontale Umfang der Hirnkapsel beträgt 547, der sagittale 378, der quere 337 mm. Die grösste Länge 182, grösste Breite 161, gerade Höhe 130,5 mm, d. h. die Länge = 100 gesetzt, ein Breitenindex von 88,5, ein Höhenindex von 71,1.

Der Schädel ist also hyperbrachycephal, orthocephal und, nach Verhältniss von Breite und Höhe, platycephal, dabei etwas asymmetrisch. Das ganz charakteristische Merkmal von Kant's Schädel ist seine ungewöhnliche Breite bei mittlerer Länge und Höhe. Jedoch ist die mässig hohe und mässig gewölbte Stirn keineswegs breit (Stirnhöckerabstand 60, Minimalabstand der Lin. semicircul. 96 mm), die Temporalbreite allerdings schon relativ erheblich (133,5).

Digitized by Google

Die starke Entwickelung der hinteren Hälfte springt bei seitlicher Betrachtung sofort in die Augen; dasselbe ergeben die Verhältnisszahlen der Segmente des Sagittalbogens, indem dem Frontalbogen von 33,1 und dem Parietalbogen von 34,4, ein Occipitalbogen von 32,5 entspricht, letzterer also relativ bedeutend ist. Hierbei fällt noch als merkwürdig und wichtig auf, dass der der Oberschuppe des Os occip. entsprechende Theil des Occipitalbogens mehr als doppelt so gross wie die der der Unterschuppe (cerebellarer Theil) ist, während gewöhnlich der letztere $^2/_3$ bis $^1/_1$ des ersteren beträgt. — Auch dass der Frontalbogen kleiner als der Parietalbogen (entgegen der Mehrzahl deutscher Schädel) ist, muss besonders bemerkt werden.

Erwägt man, dass Kant wenig über 5 Fuss gross, zartgebaut und ungewöhnlich mager war, so weist die sehr geräumige Schädelhöhle — im Allgemeinen, wie nach ihrem speciellen Bau — auf ein voluminöses Gehirn, „dessen Uebergewicht an Masse auf der stärkeren Ausbildung der höheren, psychischen Functionen dienenden, Theile beruhte". Hadlich.

---

2) Ueber die Kerne der Augenbewegungsnerven von Prof. v. Gudden (München). (Tageblatt der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 186.)

Bei neugebornen Kaninchen werden Oculomotorius, Trochlearis und Abducens der einen Seite entfernt. Die Operation erfolgt von der Augenhöhle aus und führt eine vollständige Atrophie der Wurzeln und Kerne dieser Nerven herbei. Aus den demonstrirten Präparaten und Zeichnungen geht hervor, dass die Oculomotorii sich partiell, die Trochlearis sich total, die Abducentes sich gar nicht kreuzen. Jeder Oculomotorius hat zwei Kerne, einen ventralen und einen dorsalen. Der ventrale liegt mehr nach oben (vorn), der dorsale mehr nach unten (hinten). Rechtsseitiger ventraler und linksseitiger dorsaler Kern gehören zum rechtsseitigen, linksseitiger ventraler und rechtsseitiger dorsaler Kern zum linksseitigen Oculomotorius. Die Kerne der Trochlearis schliessen sich bekanntlich an die Kerne der Oculomotorii. Dieselben sind einfach. Nach Fortnahme eines Trochlearis schwindet vollständig der Kern auf der entgegengesetzten Seite. Die Kerne der Abducentes liegen, wie ebenfalls bekannt ist, im Knie der Faciales. Die bezüglichen Zellengruppen sind ausschliesslich Abducenskerne. Entfernung eines Facialis lässt sie unbeschädigt, dagegen führt die Fortnahme eines Abducens zu totalem Schwunde des gleichseitigen Kernes, während der andere intact bleibt.

v. G. demonstrirt ferner einen Frontalabschnitt eines Kaninchengehirns, in dem eine totale Atrophie der aufsteigenden, bei vollkommener Erhaltung der sogenannten absteigenden Wurzel des Fornix (des Vicq d'Azyr'schen Bündels) herbeigeführt war. Das Präparat beweise, dass aufsteigende Wurzel und Vicq d'Azyr'sches Bündel keine Continuität, mithin auch keine Schleife im Corpus mammillare bilden. (Vergl. übrigens die bezügliche Abhandlung der Vortragenden im Archiv für Psychiatrie, XI, 432.)

Physiologie.

3) Ueber die Einwirkung der Lymphe auf die Centralorgane von Dr. Rumpf in Düsseldorf. (Arch. f. d. ges. Phys. Bd. XXVI, p. 415.)

Auf Grund histologischer Untersuchungen über Ernährung, Quellung und Untergang des Axencylinders unter der Einwirkung der Lymphe hat Verf. bekanntlich schon vor längerer Zeit die Anschauungen über Neuritis und Degeneration der Nerven durch eine Reihe neuer Gesichtspunkte erweitert.

Diese durch pathalogisch-anatomische Untersuchungen bald bestätigten Anschauungen waren die Veranlassung, dass Verf. auch Gehirn und Rückenmark einer ähnlichen Experimentaluntersuchung unterwarf. Als Resultat derselben fand Verf., dass auch die Centralorgane nach Durchschneidung sämmtlicher von ihnen abgehenden Leitungsbahnen in ihren nervösen Bestandtheilen dem Untergang unter der Einwirkung der Lymphe anheimfallen.

Digitized by Google

So geht das von allen nervösen Verbindungen getrennte und in der Höhe des Halsmarkes durchschnittene Rückenmark im Laufe von 5 — 7 Tagen bis auf Bindegewebe und wenigen Detritus durch Resorption zu Grunde, während die Verbindung mit der Cauda equina allein, ja nur mit den motorischen Theilen derselben genügte, das Rückenmark in der Versuchszeit normal zu erhalten. Dieser mächtige Einfluss der motorischen Bahnen konnte den sensibeln nicht in gleicher Weise zugeschrieben werden, indem das alleinige Erhaltenbleiben dieser den Untergang zwar etwas verzögerte, indessen nicht im Stande war, das Rückenmark in der Versuchszeit intakt zu erhalten.

Aehnliche Ergebnisse bot auch die Untersuchung des Gehirns, bei welchem es sogar möglich war, vermittelst Durchschneidung des Mittelhirns hinter den Vierhügeln, der N. olfactorii und der N. optici (der letzteren zur Vermeidung einer Gefässverletzung in der Augenhöhle) die Circulation vollständig oder nahezu vollständig zu erhalten.

Auch hier erfolgte im Laufe von 5 — 7 Tagen beim Frosch ein fast vollständiger Schwund des Gehirns, als dessen Resultat ein an der Basis des Schädels befindlicher mit den Gefässen zusammenhängender Rest von Bindegewebe übrig blieb.

Was den Untergangsmodus von Gehirn und Rückenmark unter den angegebenen Bedingungen betrifft, so zeigen beide in den ersten 24—48 Stunden eine beträchtliche Quellung sämmtlicher Theile und vor allem der Axencylinder des Mark's und der Ganglienzellen, wobei am Gehirn die Circulation vollständig gut erhalten ist.

Diesem Stadium der Quellung folgt ein zweites, in welchem schon ein Zerfall und eine Verkleinerung durch Resorption stattgefunden hat. Die Centralorgane machen dann den Eindruck des Angenagtseins, zerfliessen bei der Berührung und lassen sich nicht mehr härten, und nun folgt eine nahezu vollständige Resorption, die am 5. bis 7. Tage nur Bindegewebe mit mark- und hornscheiden-artigen Detritus gemischt mit lymphoiden Zellen erkennen lässt. Dabei befindet sich das Bindegewebe ähnlich den Beobachtungen bei Degeneration der Nerven in einem Zustand der Proliferation und vor allem lässt sich eine Vermehrung der Kerne nachweisen.

Nur bei Tauben trat neben diesem Modus des Unterganges gleichzeitig der durch multiple Eiterherde ein, welchen die Thiere rasch erlagen.

Aus diesen Versuchen schliesst Verf., dass zur Erhaltung der Centralorgane das Erhaltenbleiben der normalen Circulation nicht genügt, sondern eine ständige Verbindung mit den von ihnen abgehenden Bahnen erforderlich ist.

Wird diese Verbindung vollständig unterbrochen, so resultirt daraus der Untergang der Centralorgane, der sich zum Theil durch die Einwirkung der Lymphe vollzieht.

Werden nur einzelne Bahnen unterbrochen, so kömnen andere zeitweise oder ev. dauernd vikariirend eintreten.

Die Verbindung mit den motorischen Bahnen genügt zum Erhaltenbleiben des Rückenmarks wenigstens längere Zeit.

In einer kurzen Erörterung der Gründe dieser Ergebnisse glaubt Verf. zunächst die eine mögliche Anschauung zurückweisen zu müssen, dass die Erscheinungen einer Atrophie durch Nichtgebrauch in Folge von aufgehobener Funktion entsprechen, da das Rückenmark bis zum Halsmark erhalten blieb, wenn dasselbe von allen Bahnen mit Ausnahme der motorischen der Cauda equina getrennt wurde, wobei es sich doch nur um eine höchst mangelhafte Funktion des Lendenmarks allein gehandelt haben kann.

Derselbe Versuch weist auch mit darauf hin, dass die Hauptaufgabe der Erhaltung der Centralorgane den motorischen Wurzeln zufällt.

Eine ständige von den Nervenendplatten der Muskeln ausgehende, von Kühne schon aus Curareversuchen und vom Verf. aus Versuchen doppelter Nervendurchschneidung geschlussfolgerte, centripetale Erregung spielt also zur Erhaltung der Centralorgane dieselbe Rolle, wie der für die Erhaltung der normalen Funktion und Ernährung der peripheren Organe und besonders der Muskeln schon lange in Anspruch genommene centrifugale Tonus der Nervenfaser.

Digitized by Google

Dieser ständigen centrifugalen Erregung gegenüber schlägt Verf. vor, die centrifugale Erregungs- und Ernährungsströmung als Retrotonus zu bezeichnen.

M.

Pathologische Anatomie.

4) **Fall von Mangel des Balkens in einem Idiotenhirn** von Prof. Dr. Forel in Zürich. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 186.)

Ein erwachsener Idiot zeigte neben Mikrocephalie totalen Balkenmangel. Der Balken war durch eine dünne bindegewebige Membran ersetzt. Der Fornix ist in zwei getrennten Hälften vorhanden, von denen der vordere Theil in die normal aussehende Column. anterior fornicis übergeht. Die Längsfasern des Fornix verschmelzen mit einem Längsfaserbündel des Hemisphärenmarks, das direkt von der Stirnhirnspitze zum Hinterhauptslappen verläuft. Diese Verschmelzung demonstrirt die bekannte Thatsache, dass der Fornix ontogenetrisch zur Hemisphärenfaserung gehört und erst später durch den Balken von derselben getrennt wird. Die Querfasern des Fornix (Lyra) fehlen total.

M.

5) **Contribution à l'anatomie pathologique de la moëlle épinière dans l'empoisonnement par le phosphore.** Note de M. S. Danillo. (Compt. rend. 1881. Nr. 22.)

Sieben Hunde wurden durch eine Dosis, sieben andere durch wiederholte Dosen von Phosphor vergiftet (Dosis von 0,006—0,5; als ölige Flüssigkeit in den Magen injicirt). Die ersteren lebten von 9 Stunden bis 14 Tagen, die letzteren von 36 Stunden bis 45 Tagen.

Das Ergebniss der Untersuchung lässt sich dahin zusammenfassen:

1. Die Alterationen des Rückenmarkes bei der Phosphorvergiftung sind als Myelitis, entweder centraler oder diffuser Natur, zu bezeichnen.

2. In den acuten Fällen enthält das Centralnervensystem Dépôts von Pigment, die aus Blutfarbstoff entstanden.

3. Die grossen Dosen Phosphor rufen eine Myelitis centralis in der ganzen Länge des Rückenmarks hervor mit Bildungen von Extravasaten und Pigment.

Die geringeren und wiederholten Dosen erzeugen eine Myelitis diffusa, die graue und weisse Substanz ergreifend.

4. Eine gewisse Zahl krankhafter nervöser Symptome, die während des Lebens beobachtet werden, müssen als Effecte der einen oder andern Art dieser Myelitis betrachtet werden.

Ganz analoge Resultate hat Popoff (Petersburger med. Wochenschrift. 1881 Nr. 36) nach Vergiftung mit Arsen und Blei (essigsaures Bleioxyd) bei Hunden und Meerschweinchen erhalten. Derselbe legt besonderen Werth darauf, dass das periphere Nervensystem selbst in den Fällen unversehrt bleibt, in denen der Tod erst 3 Monate nach Einverleibung des Giftes eintritt, und deducirt daraus, dass die Lähmung bei Arsen- und Bleivergiftung centralen Ursprungs ist, während die Ansichten der Neuropathologen noch getheilt sind, ob bei Bleilähmungen die Nerven primär erkranken oder nicht. Der Befund bei einem Meerschweinchen, das 10 Tage nach Vergiftung durch Blei gestorben und kurz vor dem Tode Parese der hinteren Extremitäten gezeigt, war folgender;

Mikroskop der peripheren Nerven: absolut unverändert.

Rückenmark: starke Erweiterung der Gefässe mit Erweiterung ihrer Wände, Blutextravasate, Plasmaexsudation, Anwesenheit schwarzen Pigments und ähnliche Veränderungen in den Ganglienzellen.

M.

6) **Herpes zoster** von Dr. E. Lesser in Breslau. (Virch. Arch. 86, 3, S. 391.)

L. berichtet über 2 Fälle von Herpes zoster, in denen Veränderungen der entsprechenden Intervertebralganglien nachgewiesen werden konnten. Der erste

Digitized by Google

Fall betrifft einen Zoster cervico-subclavicularis dexter. Befund: (Untersuchung nach zwei Jahren nach Conservirung in Kal. bichrom.) Residuen einer vorhanden gewesenen entzündlichen Infiltration im vierten rechtsseitigen Intervertebralganglion. Heerd von etwa 1 Mm. Länge und $^1/_2$ Mm. Breite, aus dichter Anhäufung stark verfetteter Zellen bestehend. Nervöse Bestandtheile der Ganglien fast vollständig zerstört, an der Peripherie des Heerdes eine Zone gelblicher Färbung, aus Pigmentkörnchen und -Schollen bestehend. Der zweite Fall ergiebt bei einer an Pleuritis tuberculosa zu Grunde gegangenen 71jährigen Frau, die etwa 9 Tage vor ihrem Tode einen Herp. zost. interc. sinist. im Bereich des 8. und 9. Intercostalnerven bekommen hatte: Zahlreiche verfettete, in grössern Haufen besonders in der Umgebung der Ganglienzellengruppen liegende Zellen im 8. Ganglienintervertebr.; ausserdem Blutergüsse in dasselbe; die Ganglienzellen selbst erheblich verändert, z. Th. in Pigmentklümpchen verwandelt, z. Th. starke Verfettung des Protoplasma zeigend. Nervenmark entweder in grössern Klumpen in der Nervenscheide oder vollständig körnig zerfallen. Axencylinder nicht erkennbar. Im 9. Ganglion bei entsprechenden, aber weniger ausgesprochenen Veränderungen starke Erweiterungen der Gefässe ohne Blutaustritt, mässige zellige Infiltration des interstitiellen Gewebes. Nervöse Elemente normal.

Den letzteren Fall betrachtet L. als durch die tuberculöse Pleuritis veranlasst, und führt zwei weitere Fälle von Herpes zoster an, die er in Verbindung mit bestehender Erkrankung der Wirbelsäule (Kyphoscoliose) bringt, und sie entweder durch directe Fortleitung des entzündlichen Processes oder mechanisch durch Quetschung und Zerrung der Ganglien seitens der dislocirten Wirbel hervorgebracht glaubt. M.

Pathologie.

7) Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen von Dr. Theodor Petřina, Privat-Docenten in Prag. (Ztschr. f. Heilkunde II p. 375 vom 5. Decbr. 1881.)

Während man auf Grund einzelner Beobachtungen geneigt war, Erkrankungen der Parietalwindungen oder der Occipitallappen mit Sensibilitätsstörungen in Zusammenhang zu bringen, machte Tripier (Rev. mens. 1880 Nr. 2 und 3) auf den innigen Connex von motorischen und sensiblen halbseitigen Lähmungen bei Läsionen der sog. psychomotorischen Rindencentren aufmerksam.

P. theilt 6 Beobachtungen mit, die nur Rindenläsionen und zwar in einer bis jetzt für nur motorisch geltenden Region darstellen, und die neben wichtigen motorischen Lähmungserscheinungen auch gleichzeitig gleiche Sensibilitätsstörung zur Beobachtung bringen.

Da die Fälle möglichst reine Rindenaffectionen sind, die möglichst beschränkt, stabil und in ihrer Reizung auf die Umgebung in der Mehrzahl der Fälle bereits vollkommen abgelaufen waren, lassen sich die vorgefundenen Symptome mit voller Berechtigung auf die vorliegende Rindenläsion beziehen.

Fall 1. Gallertige Erweichung der obersten Rindenschicht der linken Ins. Reilii, untersten Theils der linksseitigen vorderen Centralwindung und des vordersten und obersten Theils des linksseitigen Gyr. tempor. superior; tiefere Stellen, sowie die Marksmasse intact.

Lähmung des Mittelastes des rechtsseitigen Facialis, Aphasie und Worttaubheit. Anaesthesie der rechten oberen Extremität, der rechtsseitigen Gesichtshälfte und Nackengegend für Schmerz und Temperaturdifferenzen und den faradischen Strom.

Fall 2. Keilförmiger nekrotischer Herd im unteren Drittel des rechtsseitigen Sulc. Rolando, die beiden rechtsseitigen Centralwindungen in der nächsten Umgebung des erbsengrossen Herdes oberflächlich erweicht.

Digitized by Google

Hemiplegie und Hemianaesthesie der linken Körperhälfte (namentlich des linken Facialis und der linken oberen Extremität.

Fall 3. Circumscripte oberflächliche Erweichung der Pars opercularis der unteren linken Frontalwindung in Folge einer abgelaufenen Embolie eines kleinen Seitenästchens der Art. front. externa.

Motorische Aphasie, Lähmung des Mittelastes des rechten Facialis. Cutane Anaesthesie für Schmerz und Temperaturdifferenzen, sowie für den elektrischen Strom an der rechten Gesichts- und rechten oberen Rumpfhälfte.

Fall 4. Kleinere circumscripte Erweichungsherde in der Rinde des unteren Drittels der linken vorderen Centralwindung und der drei ersten Inselwindungen und der vorderen oberen Partie des Gyr. temp. super.

Hemiplegia und Hemianaesthesia dextra, Aphasie und Worttaubheit. Lähmung und Aphasie hatten sich gebessert, die rechtsseitige Hemianaesthesie hatte fort bestanden. Ausserdem war Ataxie in der früher gelähmten rechten oberen Extremität aufgetreten.

Fall 5. Kleiner haemorrhagischer Tuberkel von Linsengrösse im rechten oberen Parietalläppchen.

Hemiplegia und Hemianaesthesia sinistr. — letztere für Stich, Temperatur und Druckdifferenzen. Hyperaesthesie gegen Druck und passive Bewegungen des gelähmten linken Unterschenkels.

Fall 6. Hanfkorngrosser käsiger Tuberkelknoten in der Broca'schen Windung und kleine dichtgedrängte Haemorrhagieen in die Rinde der letzteren in der unmittelbaren Nachbarschaft des Tuberkels.

Motorische Aphasie mit tonischem Krampf in der rechten oberen Extremität und im rechten Mundfacialis. Tags darauf: Rechtsseitige Facialislähmung und Parese der rechten oberen Extremität. Zugleich: Anaesthesie der rechten Rumpfhälfte gegen Stich- und Temperaturdifferenzen und hochgradige Hyperaesthesie der rechten oberen Extremität gegen Druck, Berührung und passive Bewegungen.

Die Läsionen hatten demnach alle eine ziemlich eng umschriebene Grenze; sie waren in der psychomotorische Zone um den Sulc. Rolando gelagert. Die Störungen der Sensibilität beschränkten sich auf mehr oder weniger hochgradige Abschwächung des Gefühls für Druck- oder Stich- oder Lage- und Temperaturdifferenzen oder mehrere dieser Gefühlsqualitäten zugleich, während der Geschmack und Geruch, sowie die Farbenempfindung stets vollkommen intakt blieb. Durch die Beschränkung der Sensibilitätsläsion unterscheiden sich die „corticalen" Anaesthesieen von jenen, die in Folge Zerstörung des hinteren Drittels der inneren Kapsel vorkommen, wo neben Herabsetzung der allgemeinen Sensibilität auch Störungen des Geruchs, Geschmacks, Gehörs, der Farbenempfindung vorkommen. Die stärksten und ausgedehntesten (auf verschiedene Qualitäten) corticalen Anaesthesieen zeigten die Broca'sche Windung, das untere Drittel der vorderen Centralwindung und das obere Parietalläppchen.

P. bringt zwei weitere interessante Beobachtungen, von denen die erste zeigt, dass selbst ausgebreitete Läsionen der oberen und mittleren Frontalwindung ohne jede Sensibilitätsstörung verlaufen können, die zweite, dass entgegen der Ansicht Meynert's auch ausgedehnte Zerstörungen der Hinterhauptslappen keinerlei Sensibilitätsstörung nach sich zu ziehen brauchen. M.

---

8) Durst und Polydipsie von Prof. Dr. H. Nothnagel. (Virch. Arch. 86, 3 S. 435.)

Von den unter der Gruppe „Gemeingefühle" zusammengefassten Empfindungen sind nach der Ansicht des Verf. Hunger, Durst und Lufthunger als „Ernährungsgefühle" auszuscheiden. Sie sind von den übrigen einmal desswegen zu trennen, weil

Digitized by Google

sie als Hüter für die Erhaltung des Organismus zu betrachten sind, und dann, weil die erregende Ursache für sie nicht ein positives Moment, wie bei den übrigen Gemeingefühlen, sondern ein negatives, ein Mangel, ist.

Dass das Durstgefühl nicht bloss durch Wassermangel und die dadurch bedingte Erregung der peripheren Enden der Nerven der Mundhöhle, des Gaumens, des Rachens herbeigeführt wird, sondern dass es auch unmittelbar central durch Erregung eines „Durstcentrums" herbeigeführt werden kann, beweist folgender Fall:

Ein 35 Jahr alter Steinhauer fällt mit dem Hinterkopf auf den harten Erdboden, nachdem er von einem Pferde einen Schlag mit dem Hufe gegen die linke Hälfte des Bauchs erhalten. Eine halbe Stunde nach dem Fall starker Durst, der in den nächsten 3 Wochen mit wechselnder Intensität anhielt. (Genossene Flüssigkeitsmenge am ersten Tage 12,300 Ccm., Urinmenge 10,000 Ccm., spec. Gew. 1001, am zweiten Tage 18,500 resp. 13,500 resp. 1002.) Dabei Urin hell, sauer, ohne fremde Bestandtheile, geringe Erhöhung der Harnstoffmenge. Der in den ersten Tagen Myosis, Schmerz im Hinterkopf und im Nacken. Haut feucht, in der Regel sogar reichlich mit Schweiss bedeckt. Kein Fieber.

Die fragliche Stelle für die Erregung der Durstempfindung sucht N. in der Med. oblong. (oder im Pons).

Wenn dieser Fall unzweifelhaft eine primäre Polydipsie ist, so würden die Urinverhältnisse bei solcher im Gegensatz zu den Fällen von primärer Polyurie (Diabetes insipidus) sein: 1. die Urinausscheidung bleibt hinter der eingeführten Wassermenge zurück, 2. die Perspiration ist nicht vermindert, sondern mit vermehrter Wasserzufuhr gesteigert, und 3. bei Beschränkung der Wasserzufuhr verhält sich der Polydiptiker wie der Gesunde, d. h. die Urinmenge sinkt. M.

---

9) Ueber Chorea magna und ihre Behandlung von Dr. Seeligmüller in Halle a. S. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 189.)

S. will den Namen Chorea magna aus der Pathologie streichen und die Fälle unter „Hysterie im Kindesalter" subsumiren. Für den hysterischen Charakter derartiger Fälle spricht der Unterleibsschmerz, die Ovarie, — durch Druck kann gelegentlich der Anfall hervorgerufen werden —, der beobachtete Transfert und die Lust zur Uebertreibung resp. Simulation. Ausser der symptomatischen Chorea magna (Hirntumoren u. s. w.) bleibt nur die hysterische Form übrig. Von der Hysterie im Kindesalter unterscheidet S. vier Formen: 1) die maniacalische, die vornehmlich von den Autoren als Chorea magna beschrieben wird, 2) die hypnotische, 3) die epileptische und 4) die convulsive (typisch auftretende Athemnoth, in einem Falle 200 Respirationen in der Minute anfallsweise).

Bei allen Kranken liess sich eine schwere neuropathische Belastung nachweisen. Therapeutisch rühmt S. Uebergiessen mit kaltem Wasser. „Ein Glas Wasser rücksichtslos in das Gesicht geschleudert, sobald die Kranken Miene machen, einen Anfall zu bekommen, und die Anfälle bleiben aus." M.

---

10) Zur Lehre von der acuten aufsteigenden Paralyse von Dr. R. Schulz und Prof. Fr. Schultze. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. XII, 2, p. 457.)

Ein 44jähriger, vier Jahre zuvor syphilitisch inficirter Mann, erkrankte vom 18. Sept. ab, im Anschluss an vier eines Schnupfens halber innerhalb weniger Tage genommenen römischen Bäder, an Schwere zuerst im Rücken, dann in den Beinen, welche übrigens schon vier Wochen zuvor leicht ermüdet und gestolpert waren. Am 29. Septbr. wurde ärztlich hochgradige Parese der Unterextremitäten, Fehlen der Patellarsehnenreflexe, am 1. Octbr. absolute schlaffe Paralplegie und Parese des linken Armes, am 2. Beschwerden beim Essen, am 3. Schwäche der Masseteren und Deglutitionsbeschwerden, am 4. Lähmung der Nackenmuskeln festgestellt. Die Urinentleerung

Digitized by Google

war erschwert, die Sensibilität der Zehen subjectiv herabgesetzt, objectiv ungestört, die Haut- und Sehnenreflexe waren völlig erloschen. Trotz eingeleiteter Inunctionskur mit Jodkaliummedication traten am 8. Octbr. Sprach-, am 12. Respirationsstörungen, am 14. Incontinentia urinae, am 15. Lähmung der Bauchpresse hinzu. Die erst am 8. Nov. angestellte electrische Untersuchung ergab schwere Entartungsreaction der Unterextremitäten (aufgehobene Nervenreizbarkeit, Entartungsreaction der Muskeln), an den Oberextremitäten schwere Mittelform der Entartungsreaction, (die Nn. ulnares und radiales waren für galvanische Ströme noch schwach reizbar). Nachdem unter einer galvanischen Behandlung (aufsteigenden Strom in die Wirbelsäule, labile Kathodenbehandlung der Extremitätennerven) eine leichte Besserung der Beweglichkeit des linken Armes, der Urinentleerung, Sprache und Deglutition erreicht war, traten am 18. Novbr. mit einem fieberhaften Bronchialcatarrh (39,5°) vermehrte Respirationsbeschwerden hinzu, unter welchem ohne Nachlass des Fiebers Pat. am 25. Novbr. verschied. Decubitus war nicht eingetreten.

Die frische mikroskopische Untersuchung ergab die Muskelfasern wie bestäubt, zum Theil verschmälert und ohne Querstreifung, in den Nerven zum Theil schollige Zerklüftung der Markscheiden. Am Rückenmark war nur die weiche Consistenz auffällig. Nach der Erhärtung desselben in Müller'scher Flüssigkeit wurde gelbliche Verfärbung in den Pyramidenbahnen bis zur Höhe der Pyramidenkreuzung aufwärts, im unteren Dorsaltheile auch noch diffuse Verfärbungen der übrigen Theile der Seitenstränge und der Vorderstränge, im oberen Dorsaltheile eine Verfärbung der Randzonen der lateralen Abschnitte der Hinterstränge gefunden. Die mikroskopische Untersuchung der erkrankten Partien ergab Aufquellung des Bindegewebes und stark gequollene Axencylinder, keine Körnchenzellen, ferner in der grauen Substanz der Vorderhörner Quellung und Vacuolenbildung der Ganglienzellen, in den Axencylinderzügen der grauen Substanz, auch im Facialiskern und in den vordern Wurzelfasern ebenfalls partielle Quellungen. Die Muskeln der Unterextremitäten zeigten nach der Erhärtung als deutliche Degenerationserscheinungen Fettkörnchenablagerung, Kernwucherung, Fehlen der Querstreifung. An den untersuchten M. ischiadicus, ulnaris und peroneus konnten exacte Degenerationsbefunde nach der Erhärtung nicht mehr constatirt werden.

Der klinische Befund der acuten aufsteigenden Paralyse wird also durch eine Poliomyllitis anterior acuta allerdings mit wesentlicher Betheiligung auch der weissen Substanz, insbesondere der Seitenstränge wahrscheinlich auf syphilitischer Basis ausreichend erklärt. Von der Landry'schen acuten aufsteigenden Spinalparalyse ohne anatomischen Befund in zahlreichen sorgfältig untersuchten Fällen, wie sie neuerdings namentlich von Westphal fixirt wurde, unterscheidet sich dieser Fall schon klinisch durch die hochgradigen Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, welche auch in Fällen prolongirten Verlaufs die Landry'sche Paralyse intact blieb. Wenn die Verf. trotzdem die Bezeichnung der Ueberschrift für ihre Beobachtung gewählt haben, so halten sie sich nach vorliegenden Befunden dazu durch die Annahme berechtigt, dass eine vollständige Kette von der Duchenne'schen Lähmung (Poliomyllitis anterior acuta, acute atrophische Spinallähmung) bis zur Landry'schen Paralyse besteht, bei welcher geringfügige vielleicht lediglich in der Medulla oblong. beobachtete anatomische Alterationen leichter übersehen werd enkönnten. E. Remak.

---

11) **Contribution à l'étude des paralysies spinales antérieures aiguës** von A. Proust et J. Comby. (Le Progrès médical. 1881. Nr. 47, 48, 49.)

Ohne irgend welche neue Gesichtspunkte zu eröffnen, theilen die Verf. 4 von ihnen als acute spinale Lähmungen Erwachsener angesprochne Beobachtungen mit, deren völlige auch pathologisch-anatomische Identität mit der spinalen Kinderlähmung sie nach Duchenne u. A. auf Grund bekannter Befunde annehmen. Da ihre Fälle

Digitized by Google

nicht zur anatomischen Untersuchung gelangten, ihre klinische Beschreibung aber weit hinter früheren, namentlich deutschen Arbeiten zurückbleibt, beispielsweise die galvanische Untersuchung dem Verf. gänzlich unbekannt zu sein scheint, so möge eine kurze Inhaltsangabe genügen.

I. Ein 16jähriges Mädchen wird ohne ersichtliche Veranlassung von Schwäch der Unterextremitäten befallen. Fortschreitende Lähmung innerhalb von 3 Tagen, so dass am 4. Bettlägerigkeit eintritt. Auschliesslich motorische Lähmung bei aufgehobenem Sehnenreflexen mit sehr herabgesetzter faradischer Erregbarkeit. Intacte Sensibilität und ungestörte Blasen- und Mastdarmfunctionen. Elektrische Behandlung. Allmähliche Wiederkehr der Beweglichkeit und Muskelkräfte. Heilung ohne jede Muskelatrophie innerhalb beiläufig 4 Monaten.

II. Ein 26jähriger Mann, welcher vorher wiederholt an Anfällen von acutem Gelenkrheumatismus gelitten hatte, war im Alter von 18 Jahren ohne Veranlassung erst an Schwäche in den Beinen, dann in den Oberextremitäten innerhalb von 3 bis 4 Tagen erkrankt. Niemals Sensibilitätsstörungen u. s. w. Allmähliche Besserung bis auf das rechte Bein, an welchem Abmagerung der Wade um 9 cm im Vergleich zur linken Seite, dann eine glänzende Beschaffenheit und gelbe Farbe der Haut mit localer Temperaturerniedrigung zurückgeblieben ist. Nur der Soleus und Gastrocnemius reagiren nicht auf den faradischen Strom.

III. Ein 14jähriges Mädchen, dessen Vater an Bleilähmung gelitten hatte, erkrankte plötzlich einige Tage nach einer Erkältung an einer Lähmung des rechten Armes und 36 Stunden später beider Unterextremitäten. Kein Initialfieber u. s. w. Schnell eintretende Atrophie des Dellocdeus. Allmähliche Wiederherstellung der Motilität der Unterextremitäten. Als vasomotorische Störungen der Füsse violette Hautfärbung und Kälte derselben, sobald die Kranke geht.

IV. Ein 8jähriges Mädchen erkrankte in der Reconvalescenz einer Scarlatina fieberhaft mit Schwäche der Oberextremitäten. Nach Verlauf eines Monats kann das Kind zur Schule gehen. Aber der linke Arm ist gelähmt geblieben bei Atrophie des linken Deltoideus. Geringe Besserung durch elektrische Behandlung.

Aus den epikritischen Bemerkungen der Verf. erscheint nur von Interesse, dass in allen Fällen die Lähmung schmerzlos auftrat und Sensibilitätsstörungen allemal fehlten, während sie in einem Falle acuter aufsteigender (tödtlicher) Paralyse, dessen genaue Beschreibung sie in Aussicht stellen, leichte Sensibilitätsstörungen an den Händen beobachteten. E. Remak.

---

12) Neuropathische Diathese und Kniephänomen von Dr. E. Bloch (Emmendingen). Eine Studie. (Arch. f. Psych. XII, 2.)

Verf. liefert einen interessanten Beitrag zu der noch immer unerledigten Frage, in wie weit das Fehlen des Kniephänomens an pathologische Bedingungen geknüpft ist. Unter 694 Schülern zwischen 6 und 9 Jahren (319 Knaben und 375 Mädchen) fehlte das K Ph bei 3 Knaben und 2 Mädchen. Für die 3 Knaben eröffnet Verf. das Verständniss durch sehr schöne Stammtabellen.

I. $8^1/_2$ Jahr. K Ph —. 2 Brüder K Ph +. Mutter, gesund, K Ph —! Der letzteren Vater und 2 Brüder mit psychischer Epilepsie behaftet. In der Familie ist auch eine Verwachsung der 2. und 3. Zehen erblich, dieselbe betrifft die directe Ascendenz zum Theil und ausserdem sämmtliche Descendenten eines Bruders der Urgrossmutter bis zu seinen 5 Enkeln hinab.

II. 8 Jahre. K Ph wechselnd + und —, sowie einseitig. Hochgradig epileptische Familie bis zum Urgrossvater. Der Vater hat spastische Spinalparalyse.

III. $8^1/_2$ Jahr. K Ph —. Vater, gesund, K Ph —! Grossmutter: Schwester des Urgrossvaters von Nr. II. Bei 2 Nachkommen von Brüdern desselben Urgrossvaters: spastische Spinalparalyse.

Digitized by Google

Es kann also, ohne dass ein Initialstadium von Tabes vorliegt, das K Ph fehlen, wenn es sich um Mitglieder neuropathischer Familien handelt, und kann dieser Mangel vererbt werden nach Art z. B. einer Syndactylie. An Stelle der Erkrankung muss man eine angeborene Anomalie der Hinterstränge voraussetzen.

IV. 9 Jahre. Ist ein scrophulöses Mädchen aus nicht neuropathischer Familie (in derselben überall K Ph +), mit bedeutender Kyphoskoliose der Brustwirbel und entsprechender Lordose der Lendenwirbel. Also eine pathologische Veränderung der Lendenwirbel vermag ein neues ursächliches Moment abzugeben.

V. $6^1/_2$ Jahr. Ein schwächliches, aber gesundes Mädchen wird von dem Verf. ausser Berechnung gelassen, da alle näheren Nachrichten über die Familie fehlen.

von den Steinen.

---

13) Ueber eine constante nervöse Störung bei florider Syphilis der Secundärperiode von Dr. Finger, Assistent der Klinik für Syphilis in Wien. (Viertelj. f. Dermat. u. Syph. VIII p. 255.)

F. fand eine mitunter sehr bedeutende Steigerung der Haut- und Sehnenreflexerregbarkeit unmittelbar vor der Zeit der Proruption des syphilitischen Exanthems, an die sich bald ein Absinken der Reflexerregbarkeit oft tief unter Norm, selbst bis auf 0, anschloss, worauf dann dieselbe nur langsam und allmählich zur normalen Höhe wieder anstieg, um diese meist erst nach Wochen nach Schwund des Exanthems wieder zu erreichen. Ein Nachschub des Exanthems wurde durch vorübergehende rasche Steigerung der Reflexerregbarkeit eingeleitet. M.

---

14) Paramyoklonus multiplex von Prof. Dr. Friedreich. (Virch. Arch. 86, 3, S. 421.)

Mit diesem Namen bezeichnet F. eine doppelseitig und zwar symmetrisch auftretende Form von Muskelkrämpfen, deren Eigenthümlichkeiten der folgende Fall illustrirt.

Ein an Induration und Schrumpfung des rechten obern Lungenlappen leidender 50 Jahre alter Mann erlitt vor 5 Jahren einen heftigen Schreck, wobei er ein Gefühl von Erstarrung im ganzen Körper empfand. 14 Tage später traten Zuckungen auf, die seitdem ununterbrochen fortbestanden. Die Zuckungen waren ausschliesslich an den Oberarmen im Msc. biceps und triceps, am Vorderarm im Msc. supinatur longus, an den Beinen im Msc. vast. ext., intern. und rect. femor.; in geringerem Grade auch an den Adductoren, ferner im Msc. biceps femor. und semitendin. Beiderseits waren genau dieselben Muskeln befallen. In Zeiten grösserer Erregung zuckte eine Muskel 40—50 mal, bei grösserer Ruhe 10—20 mal in der Minute, selten cessirten die Zuckungen $^1/_4$—$^1/_2$ Stunde, nur im Schlafe hörten sie vollständig auf. Willkürliche Bewegungen brachten die Zuckungen zum Verschwinden. Die grobe motorische Kraft, sowie die Coordination waren nicht beeinträchtigt. Ernährung, elektr. wie mechan. Erregbarkeit, Haut- und Muskelsensibilität normal; dagegen Erhöhung der Reflexerregbarkeit bei Reizung der Haut und besonders eminente Steigerung des Patellarsehnenreflexes. Nach wenigen Galvanisationen Abnehmen der Intensität der Zuckungen und Verschwinden derselben nach einigen Tagen.

Mit Rücksicht auf das ätiologische Moment zählt F. diesen Klonus zu den Schreckneurosen, und meint, dass er durch einen Zustand erhöhter Erregbarkeit gewisser Ganglienzellengruppen der grauen Vorderhörner hervorgebracht wird, der ebenso die in kurzen Zwischenräumen sich wiederholenden Muskelzuckungen, wie die Steigerung der Reflexe erklären würde. M.

Digitized by Google

15) **Coordinirte Erinnerungskrämpfe** von Prof. Dr. Friedreich. (Virch. Arch. 86, 3, S. 430.)

F. versteht darunter Krampfzustände, die dadurch charakterisirt sind, dass sie eine bei erhaltenem Bewusstsein erfolgende, unwillkürliche Wiederholung einer früheren, sei es auf dem Wege der Reflexe, sei es in willkürlicher Weise zu Stande gekommenen coordinirten Action darstellen.

Der eine mitgetheilte Fall betrifft einen 9jährigen Knaben, der nach einem Schreck ausser den Zeichen der Chorea minor Anfälle bekam, in denen er bei ungetrübtem Bewusstsein das plastische Bild des höchsten Entsetzens und der angstvollsten Erregung darbot — anscheinend die Wiederholung der im Momente des einwirkenden Schreckens stattgehabten combinirten Muskelbewegung darstellend. („Entsetzenskrämpfe.") Der Knabe wurde nach 6 Wochen geheilt.

In dem zweiten Fall handelte es sich um in Zwischenräumen von wenigen Minuten wiederkehrende Einathmungskrämpfe unter Betheiligung aller auxiliären Inspirationsmuskeln bei einem 10jährigen Mädchen. Diese Krämpfe traten als „coordinirte Erinnerungskrämpfe" auf, nachdem dieses Mädchen sich mit ihren Gespielinnen durch gegenseitiges Zuhalten von Mund und Nase belustigt hatte, um zu sehen, „wer den Athem am längsten anhalten könnte". Heilung nach 4 Wochen. M.

Psychiatrie.

16) **La durata delle percezioni elementari negli alienati** von Buccola. (Rivista sperimentale di fren. 1881. F. IV. Sep. Abdr.)

Anknüpfend an früher ausgeführte Untersuchungen über die physiologische Reactionszeit bei Schwach- und Blödsinnigen und Idioten, theilt der Verfasser die Ergebnisse gleichartiger Versuche bei andern Formen der Geistesstörungen mit. Die erstgenannten Untersuchungen hatten ergeben: 1. dass sich besonders bei den Idioten die höchste Ziffer für diese Reactionsdauer auf akustische und elektro-cutane Reize vorfindet; 2. dass die beträchtliche Differenz, welche bei diesen Kranken zwischen der höchsten und niedrigsten Reactionsziffer besteht, die höchste beim physiologischen Menschen beobachtete Zahl bei weitem übertrifft. Die psychometrische Prüfung hat bei dementen Individuen verschiedensten Grades dargethan, dass die Verzögerung gegen das Mittel der physiologischen Zeit um so grösser ist, je grössere psychische Schwäche vorhanden ist und dass zwischen der höchsten und niedrigsten Reactionsziffer ein grosser Unterschied besteht, welcher in dem Maasse wächst, als bei der Untersuchung von Zuständen einfacher geistiger Schwäche zu den Formen tiefster Demenz vorgeschritten wird. Die kleinste Zeitdauer bis zur Wahrnehmung des Sinneseindrucks ist aber immer grösser als die beim Normalmenschen zulässige.

Bezüglich der Untersuchungen bei andern Formen der Geistesstörungen kann ganz allgemein gesagt werden, dass mit Ausnahme einzelner maniakalischer Zustände bei allen eine mehr oder weniger ausgeprägte Verlängerung der Zeitdauer bis zur Apperception eines Eindrucks besteht. Diese Vergrösserung der Reactionszeit zeigt sich entweder in einer Vergrösserung der mittlern oder geringsten Reactionsziffer, die der kürzesten Zeitdauer, in welcher reagirt wird oder in einer Vermehrung der mittlern Zeitdauer, während die kleinste Reactionszeit in den normalen Grenzen bleibt. Ersteres findet ausser bei den oben erwähnten psychischen Schwächezuständen bei den chronischen Verrückten und den epileptischen Geisteskranken statt (Degenerationszustände); letzteres bei einfachen Formen der Melancholie, bei der maniakalischen Exaltation und bei der Epilepsie ohne geistige Störung. Binswanger.

17) **De la torpeur cerebrale** von B. Ball. (L'encéphale. Nr. 3, 1881.)

Unter dem Namen „Gehirntorpor" beschreibt Ball Zustände, welche nach seiner Meinung noch nicht zu den Geisteskrankheiten gehören, aber hart an der Grenze

Digitized by Google

derselben stehen und häufig zur Beobachtung gelangen, sie sind durch ein vollständiges Darniederliegen aller geistigen Fähigkeiten charakterisirt, nicht nur jede geistige Arbeit ist unmöglich, auch Gedächtniss und Urtheil sind geschwächt und jede Willensenergie fehlt. Dabei ist ein melancholischer Zug vorherrschend, welcher mit eigentlicher Melancholie nichts gemeinsam hat, sondern nur der Ausdruck einer berechtigten Traurigkeit über die eigene unglückliche Lage ist. Aehnliche Zustände kommen auch im Beginne gewisser Formen von Geisteskrankheiten, z. B. der allgemeinen Paralyse, vor, unterscheiden sich aber von dem Gehirntorpor dadurch, dass sie sich zu wirklichen Geisteskrankheiten weiter entwickeln, während der Gehirntorpor in gleicher Weise bestehen bleibt und gewöhnlich einen günstigen Ausgang nimmt, allerdings bisweilen unter Zurückbleiben einer intellectuellen Schwäche. Die Entwickelung der Krankheit ist bald eine plötzliche, bald eine allmähliche; ihr Ablauf ist immer ein langsamer und währt Monate oder Jahre. Gelegenheitsursachen sind Gemüthsbewegungen, Traumen, geistige Ueberanstrengung oder tiefe körperliche Störungen.

Gnauck.

18) Recherches nouvelles sur les hémiplégies émotives von Luys. (L'encéphale. Sept. 1881. pag. 378.)

Von der allgemeinen Erfahrung ausgehend, dass unter den halbseitig gelähmten Individuen sich eine gewisse Zahl ruhiger apathischer und eine andere Zahl leicht aufgeregter Kranker vorfindet, versucht der Verf. auf Grund von 7 Beobachtungen, die ausführlicher mitgetheilt werden, eine anatomische Begründung dieser zwei verschiedenen Formen des psychischen Verhaltens. Die gesteigerte Erregbarkeit der emotiven Seite des geistigen Lebens findet sich ausschliesslich bei linksseitig gelähmten Kranken, also nach destructiven Processen der rechten Grosshirnhälfte. Die betreffenden Individuen sind von einer krankhaft gesteigerten Empfindlichkeit, meist weinerlich verstimmt. Seltener ist eine freudige Erregung wechselnd mit dieser traurigen Verstimmung. — Diese Stimmungsanomalien treten fast durchgehends nur nach äusseren Anregungen hervor, sich selbst überlassen sind die Kranken ruhig und schweigsam. In einzelnen Fällen ist diese Erregbarkeit in der Weise gesteigert, dass sie dauernd, auch ohne äussere Reize vorhanden ist, und bis zur maniakalischen Exaltation zur Ausbildung von Wahnideen des Verfolgtwerdens und Selbstmordgedanken fortschreitet. In einigen Fällen stellt sich diese Alteration der Gemüthsstimmung direct nach dem apoplectischen Insult ein; in anderen Fällen scheint sie sich selbständig im Verlauf mehrerer Monate zu dieser Höhe der Erkrankung in progressiver Weise zu entwickeln. Ist sie einmal vorhanden, so bleibt sie so lange bestehen, als die physischen Kräfte noch in gutem Zustande sind; in dem Maasse aber, als die Ernährung herabsinkt, als die geistigen Kräfte schwinden, erlischt sie dann allmählig.

Diese „emotiven" Erscheinungen bezieht Verf. auf die Läsionen der 1. Temporalwindung, welche er übereinstimmend bei seinen Beobachtungen gefunden hat; die Lähmungserscheinungen finden ihre anatomische Begründung in den gleichzeitig vorhandenen Herden der motorischen Rindenzone, der Insel, — des Corpus striatum und der äusseren Kapsel (?). Entsprechend dem Fortschreiten der Lähmungserscheinungen zu diesen Störungen der emotiven Sphäre beginnen die anatomischen Läsionen im motorischen Gebiete und gewinnen erst später die der sylvischen Furche zugewandten tiefergelegenen Abschnitte der 1. Temporalwindung. Verf. weist darauf hin, dass durch diese letzteren Herde das Bündel der Markstrahlenfaserung zerstört werde, welches zu den hinteren Abschnitten des Thalamus opticus, dem Centrum gewisser sensorieller Eigenschaften, hinführt. Verf. glaubt, dass durch Zerstörung dieses Rindentheils gewisse intracorticale Hemmungscentren in Wegfall gekommen seien, welche zu den Gefühlserregungen in enger Verbindung gestanden hätten. Binswanger.

Digitized by Google

19) **De la coexistence de plusieurs délires de nature différente chez le même aliéné** par Magnan. (Arch. de Neurologie, sous la Dir. de M. Charcot, 1880, Nr. 1.)

M. (beiläufig bemerkt, der Verfechter des No-restraint bei den französischen Irrenärzten) bespricht die klinische Thatsache, dass oft verschiedene psychopathische Zustände bei demselben Geisteskranken gefunden werden. Die Heredität spielt nach M. eine Hauptrolle: ist z. B. der Vater geisteskrank und die Mutter epileptisch, so kann der Sohn beides sein. Ein solches in doppelter Weise pathologisches Individuum kann im Laufe der Zeit durch Heilung den einen oder den anderen Theil der Erkrankung verlieren, er kann aber auch einen dritten Krankheitsprocess dazu erwerben, z. B.: alcoholische Seelenstörung. M. untersucht nun zunächst die Wirkungen der Alcoholvergiftung bei bestehender Seelenstörung. Bei gewissen Formen der Paralyse kann der Alcohol das Bild total verändern, bei Paralyse im ersten Stadium wichtige Symptome verdecken und die Diagnose erschweren. In gleicher Weise werden sich Dementia senilis und Imbecillität gegen den Alcohol verhalten. Anders die Epilepsie. Sie wird nach M. stets in den Vordergrund treten und die toxische Psychose sogar verdecken. Auch das postepileptische Delirium kann die Vorhand erhalten vor dem alcoholischen. Die drei ersten Krankengeschichten sollen diese Verhältnisse in verschiedener Weise illustriren. Dass auch der Alcohol an und für sich epileptische Anfälle erzeugen kann, erwähnt M. hier nicht, es scheint aber für die Diagnose doch sehr wichtig zu sein. M. hat bekanntlich selbst mit Alcohol experimentirt und darüber geschrieben.

Eine andere Weise der Alcoholwirkung besteht darin, dass das Gift die bestehenden Symptome einer Geisteskrankheit einfach verstärkt, die Suicidialgedanken zur That führt, die Verfolgungsideen verstärkt, die Hallucinationen vermehrt oder auch in specifischer Weise (Flammen, bunte Blumen, kleine Thiere) variirt. Hierauf beziehen sich die Fälle IV und V. Die folgenden Fälle (VI und VII) betreffen Dipsomanen (Quartalsäufer). Diese Zustände sind anfangs einfache periodische Psychosen, mit Praecordialangst, Unruhe, Menschenscheu, Appetitverlust, Schlaflosigkeit. Dann kommt der Alcoholgenuss hinzu, anfangs einfach Trunkenheit erzeugend. Die Intervalle werden kürzer, aus dem Dipsomanen wird ein Alcoholiker, die periodischen Anfälle der Psychose bleiben. Die von M. im Falle VII angenommenen drei verschiedenen klinischen Zustände: Melancholie, impulsiver Zustand (Dipsomanie), alcoholisches Delirium, lassen sich wohl ohne Zwang auf zwei zurückführen.

Die für die Coexistenz der Epilepsie mit verschiedenen andern Psychosen angeführte Beobachtung VIII constatirt bei einer erblich stark belasteten Person Melancholie mit Suicidialversuchen schon in der Kindheit, dann in der Pubertät Auftreten von epileptischen Anfällen. Im weiteren Verlaufe mischen sich epileptische Anfälle mit Hallucinationen, Verfolgungsideen etc. Bromkali bringt die epileptischen Anfälle zum Verschwinden, nicht aber die Psychose. Der letztere Umstand ist von besonderer Wichtigkeit und verdient als differenzial-diagnostisches Merkmal alle Beachtung. Während also gegen diesen Fall nichts einzuwenden ist, erscheinen die folgenden Fälle nicht so zweifelsohne. Fall IX handelt von einer Frau, ebenfalls erblich mit Psychosen und Epilepsie belastet, welche seit dem 13. Lebensjahre epileptisch ist. Später zeigt sie Symptome von Melancholie, nach einigen Jahren werden auch Symptome von Verrücktheit bemerkt, welche wieder mit denen der Melancholie wechseln. Zwischendurch werden stets epileptische Anfälle beobachtet. Fall X ist ähnlich. Beide kann man sehr wohl als epileptische Seelenstörungen auffassen. Bekanntlich kommen auf dem Boden der Epilepsie alle möglichen Formen von Psychose zur Beobachtung, auch ein Wechsel zwischen den verschiedenen klinischen Bildern. Wir bezeichnen daher zwar mit Recht diese epileptische Seelenstörung als complicirte Form, können aber im einzelnen Falle nicht zwei Krankheiten annehmen.

Digitized by Google

Endlich fügt M. noch zwei Krankengeschichten bei, welche die Coexistenz dreier verschiedener Zustände bei demselben Individuum beweisen sollen. Fall XI. betrifft einen erblich stark belasteten Mann, welcher von Jugend auf epileptisch war. Dieser Mann bekam dann einen Anfall von Melancholie, welcher nach einem Erysipel verschwand. Einige Jahre später wird er wieder unruhig, hat Angst und Impulse zum Selbstmord und zum Mord seiner Angehörigen. Später gewöhnt er sich das Rumtrinken an und zu der bestehenden Psychose kommt ein alcoholisches Delirium, welches nachher wieder verschwindet. — In Fall XII beschreibt M. eine Frau, seit dem 14. Jahre epileptisch, welche später von Angst, Unruhe, Selbstmordideen, Unwürdigkeitswahn befallen wird. Dabei intercurrent stets Schwindelanfälle und Absencen. Sie fängt an zu trinken und bekommt das alcoholische Delirium, welches wieder verschwindet.

Die beiden letzten Fälle sind offenbar ebenfalls ohne Zwang als epileptische Seelenstörung aufzufassen, zu welcher der Alcoholismus als Zweites hinzutritt. Ref. ist der Ansicht, dass man den Begriff der epileptischen Seelenstörung als wohl charakterisirtes Ganzes bewahren muss; weitere Ausführungen würden den Raum eines Referates überschreiten, müssen daher für eine demnächstige Arbeit verspart bleiben. Ref. bemerkt nur noch, dass er auch durch verschiedene Krankengeschichten, welche Gnauck (Archiv f. Psych. XII, 337) kürzlich veröffentlicht hat, nicht ganz überzeugt worden ist. Siemens (Marburg).

---

20) Hallucinations in General Paralysis of the Insane, especially in relation to the Localisation of cerebral functions by Wm. Julius Mickle. (Journ. of Ment. Sc., Oct. 1881.)

Verf. schliesst sich den Autoren an, welche die Hallucinationen als eine häufige Erscheinung bei Paralytikern ansehen. Indem er die Illusionen im psychiatrischen Sinne denselben zurechnet, fand er unter einer Zahl von 100 Paralytikern 55 hallucinirende. Bei diesen Hallucinationen des Gesichts in $74^1/_2\,\%$ (41 Fällen), des Gehörs in $73\,\%$ (40 Fällen), des Gemeingefühls, des Geschmacks in $22\,\%$ (12 Fällen), des Geruchs in $20\,\%$ (11 Fällen). Absolut seien also die Hallucinationen des Gesichts denen des Gehörs gleich an Häufigkeit, innerhalb der Paralyse, — dagegen bestehe eine relativ grössere Häufigkeit der ersteren verglichen mit anderen Geisteskrankheiten. Gesichts- und Gehörshallucinationen waren gleichzeitig vorhanden in 32 Fällen, unter denen in 7 die des Gehörs, in 5 die des Gesichts vorherrschten. — Hallucinationen jedesmal nur einen Sinnes beschränkten sich auf 18 Fälle (9 Gesicht, 6 Gehör, die anderen drei Sinne je 1 Fall). — Hallucinationen aller fünf Sinne in 5 Fällen.

Zur Theorie der Hallucinationen bei allgemeiner Paralyse meint Verf., dass sie in der grossen Majorität auf die Rinde zurückbezogen werden müssen, und dass hierbei den meningealen Adhäsionen eine bisher unterschätzte, localisirbare Wirkung zukomme. von den Steinen.

---

21) Notes of a Case of General Paralysis at the age of twelve by A. R. Turnbull. (Journ. of Ment. Sc., Oct. 1881.)

Vater 43jähriger Paralytiker, Mutter epileptisch. Patient, ein munterer und über das Durchschnittsmass intelligenter Knabe, erlitt, 10 Jahre alt, einen Anfall von Hemiplegia und Sprachlosigkeit, der in einer Woche vorüberging, doch eine gewisse Stupidität und leicht behinderte Articulation zurückliess. Vom 12. Jahre ab deutlich schwachsinniger, reizbar und impulsiv. Im 15.—16. Jahre Zunahme der Sprachstörung. Im 17. Jahre zwei Anfälle, während welcher er sehr stumpfsinnig war und gefüttert werden musste. Im 18. Jahre recipirt, März 1879.

Bei der Aufnahme: Erhebliche, affectlose Demenz, leeres Gesicht, mydriatische,

Digitized by Google

träge Pupillen, zitternde mangelhafte Articulation, Tremor der Zunge und der Hände, allgemeine motorische Schwäche, unsicherer Gang. Unreinlichkeit.

Stetiges Fortschreiten der motorischen und psychischen Symptome. April: Pat. kann nicht mehr schreiben, Juli: den eigenen Namen nicht mehr aussprechen. Vom November aber bettlägerig, collabirt, vollkommen hülflos. Arme und Beine in Beugecontractur. Decubitus. December: Exitus letalis.

Section: Hyperostotisches Schädeldach, verdickte Dura, Sinus longitud. mit unvollständig organisirten Klumpen gefüllt, starke Ansammlung seröser Flüssigkeit im Subarachnoidalraum, Pia dick, milchig und allenthalben adhärent, weniger an der Basis. Erhebliche Atrophie der Windungen, hauptsächlich an den Stirnlappen Ventrikelwandungen granulirt, Hydrops. Graue Substanz geschichtet, innen congestionirt, aussen opak. — Cerebellum, Pons, Medulla obl. und Gefässe intact. — Gewicht 1065 Gramm. Mikroskopie fehlt. von den Steinen.

Therapie.

22) De la curabilité relative de l'épilepsie à la Salpêtrière par G. Ferrand. (Paris, Delahaye, 1881, p. 52.)

Nachdem Verf. seinen Zweifeln an dem Vorkommen einer Spontanheilung der Epilepsie Ausdruck gegeben und die früheren Resultate, welche Legrand du Saulle und Voisie bei der Bromkalibehandlung der Epilepsie erzielten (von 369 Fällen wurden 207 günstig beeinflusst) mitgetheilt hat, wendet er sich zu dem Bericht über die Ergebnisse, welche jetzt auf der Abtheilung für Epileptische unter Legrand du Saulle erzielt sind. Es wird hier über alle Ereignisse der Krankheit, die Medication etc. genau Buch geführt. F. berichtet nun über einzelne Fälle, in denen nach Bromkaliumgebrauch während eines ganzen Jahres kein Anfall aufgetreten ist, nachdem in dem Vorjahre hundert und mehr Anfälle beobachtet sind. Diese Wirksamkeit des Bromkalium zeigt sich auch bei Kranken, welche von Jugend auf epileptisch waren. Eine so erhebliche Besserung, dass gar keine oder nur ganz wenige Anfälle zurückblieben, zeigte sich jedoch nur bei 12 von 89 Patientinnen. Deutliche Besserung erfolgte bei 51, bei denen ebenfalls ein Jahr Bromkalibehandlung mit dem voraufgehenden Jahre, während dessen die Kranken das Mittel nicht erhielten, verglichen wurde. Eine geringe Besserung zeigten 16, keine oder Verschlechterung 10. Es würde sich danach die Procentzahl der sehr erheblich Gebesserten auf 13, der Gebesserten auf 57, der wenig Gebesserten auf 18, der nicht Gebesserten auf 12 stellen. Auch auf die psychischen Aufregungszustände hat das Bromkali, „der Maulkorb der Epilepsie", wohlthätigen Einfluss. F. wendet sich gegen Tagesdosen, welche 5—6 Gramm bei der Frau und 6—8 Gramm beim Manne überschreiten. Legrand du Saulle giebt nach einem anfallsfreien Jahre in den ersten drei Monaten das Mittel noch an 6 Tagen der Woche und am Ende des Jahres noch 3 Tage hinter einander in der Woche. Gegen die Acne erwies sich Arsenik nützlich, zur Vermeidung des Eintretens der Gedächtnissschwäche wird bei Dosen über 7 Gramm Kaffee verordnet.

Moeli.

23) Du traitement de l'épilepsie von M. Fusier. (L'encéphale. Nr. 3, 1881.)

Verfasser empfiehlt, allerdings vor der Hand nur auf drei Beobachtungen gestützt, eine von ihm geübte combinirte Behandlungsweise der Epilepsie. Er giebt zu gleicher Zeit eine Mischung gleicher Theile von Kali bromatum und Ammonium bromatum in Lösung und Pillen von Belladonna und Zink (die Dosen sind nicht recht bestimmt angegeben) und verbindet damit noch Ableitung auf den Darm und in geeigneten Momenten Blutentziehungen. Durch diese Behandlung hat Fusier in relativ kurzer Zeit — zweimal sistirte er nach 25 und einmal nach 53 Tagen die Medikation schon wieder — eine bedeutende Intensitätsabnahme und ein fast vollständiges Aussetzen

Digitized by Google

der sonst täglich wiederholt auftretenden Anfälle erzielt; unangenehme Nebenwirkungen, wie Exantheme etc. blieben dabei aus. Vor allem besserte sich auch der psychische Zustand der Epileptiker zusehends und die vor der Behandlung morosen Kranken wurden unter derselben freundlicher und zugänglicher. Fusier erhofft von dieser kurzen Medikation einen dauernden Erfolg, eine Erwartung, welche nach seiner nur wenige Monate währenden Beobachtungszeit erst noch der weiteren Bestätigung bedarf.

Gnauck.

24) Gegen **Ischias** empfiehlt Lereboullet (Union méd., Nov. 22), besonders wenn Morphium schlecht vertragen wird: Morph. muriat. 0,3, Atropin sulf. 0,12, Aq. dest. 10,0, alle 6 Stunden eine halbe Spritze voll.

Forensische Psychiatrie.

25) **Rapport médico-légal sur l'état mental de Felix Lemaître inculpé d'assassinat** par Legrand du Saulle. (Annales d'hygiène publique. Décembre 1881. p. 484—491.)

Felix Lemaître ist vor 15 Jahren von einer schwer hysterisch-kranken Mutter geboren, an welcher er immer mit Zärtlichkeit gehangen hat; sein Grossvater ist im 57. Jahre im Irrenhause gestorben. Er selbst zeigt keine somatische Difformität, ist stets körperlich und geistig gesund gewesen, war aber nie ein guter Schüler und hat die Schule in seinem 12. Jahre verlassen. Besonders ergötzten ihn Schauer-Romane und -Dramen. Er war am 15. Februar 1881 Lehrling in einem Geschäfte, in welchem er sich bis dahin untadelhaft geführt hatte, als er seinem Prinzipal 100 Franken unterschlug, ihn verliess und nun 10 Tage hindurch bummelte. Lemaître schildert nun selbst, wie er endlich, als das Geld fast ganz verthan war, Mittag 2 Uhr auf dem Boulevard umherspaziert, „Visionen" bekommt, alles in rother Farbe sieht, Ohrensausen, Sprach-Stockung, Trockenheit der Kehle empfindet und ihn plötzlich der Gedanke erfasst: „Du musst tödten". Er eilt nach Hause, um sich der Idee zu entschlagen, aber vergebens, er legt sein Messer aufgeklappt in die Schublade, läuft davon; es gelingt ihm, einen fremden, sechsjährigen Knaben von der Strasse in seine Wohnung zu locken. Er legt ihn auf's Bett, entkleidet ihn, bedeckt ihm die Augen mit der linken Hand, während er mit der rechten ihn zweimal in den Leib sticht und ihm dann den Hals durchschneidet; danach eilt er fort und stellt sich nun um Mitternacht der Polizei: „er konnte sich nicht mehr halten, so schläfrig war er."

Verfasser bestreitet, dass es sich um eine Manie, speciell eine Mania epileptica handelt, denn der Angeklagte hat längere Zeit gegen den verbrecherischen Antrieb angekämpft; die Vorbereitungen zum Morde sind sorgfältig, berechnet, er ergreift, nicht erleichtert durch die That, nach derselben die Flucht wie ein gewöhnlicher Mörder. Ist er demnach nicht unzurechnungsfähig gewesen, so kann doch auch seine Zurechnungsfähigkeit als vermindert gelten, in Anbetracht der erblichen Belastung, des jugendlichen Alters und der ungewöhnlichen Thatumstände.

Es erfolgte Verurtheilung zu 20 Jahren Gefängniss. Falk.

26) **Contribution à l'étude de la monomanie incendiaire** par Rousseau. (Ann. médico-psychol., Nov. 1881.)

Die beiden Fälle betreffen 16jährige Mädchen. Die erste litt beim ersten Eintritt der Menses an heftigen Kopf- und Leibschmerzen, an Schlaflosigkeit, hochgradiger Angst und Hallucinationen. Sie legte dabei sowie beim Wiederauftreten dieser Erscheinungen bei der dritten Menstruation Feuer an. Die weitere Beobachtung ergab zur Zeit der Menstruationen heftige Erregung, krampfhaftes Lachen, Schreien, Herumtanzen, Zerreissen mit nachfolgender Amnesie und Anästhesie der Haut und

Digitized by Google

der Schleimhäute. Auch die zweite Kranke hat im Zeitraum weniger Wochen drei Mal Feuer angelegt und durch anonyme Briefe den Verdacht auf eine andere Person zu lenken versucht. Auch hier zur Zeit der Menses Unruhe, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen, Gehörshallucinationen drohenden Inhalts. Später Anästhesie, Lachkrämpfe, tobsüchtiges Gebahren in Folge von Angstzuständen.

R. weist darauf hin, dass die Brandstiftung im Verein mit vielfachen anderen körperlichen und psychischen Störungen auftritt und hebt besonders hervor, dass beide Kranke kein anderes Motiv als Züchtigungen und Verweise angaben, und dass erst eine ganz genaue Anamnese das Vorhandensein einer durch die weitere Beobachtung zweifellos constatirten Geistesstörung annehmen liess. Moeli.

27) **Theorie physiologique de l'Hallucination** par Despine. (Ann. méd.-psychol., Nov. 1881.)

Während normaler Weise die Erregung der Rinde beschränkt bleibt und nur Erinnerungen hervorruft, tritt durch abnorme Ausbreitung nach den sensitiven Ganglien in centrifugaler Richtung die Hallucination auf, denn diese Erregung wird dann centripetal wieder zur Rinde geleitet, gerade als ob sie einem Reize der Sinnesorgane ihren Ursprung verdankte. Selbst bis zu diesen hin kann sich der ursprüngliche centrifugale Vorgang fortpflanzen, wie die Beobachtungen beweisen, bei denen durch Druck auf den Augapfel ein Doppelsehen des hallucinirten Objects, wie das eines reellen beim Schielen, hervorgerufen wurde. Läsionen der Sinnesorgane können auf die Hirnrinde wie andere nervöse Reizungen wirken, aber erst das centrifugale Weiterschreiten dieser Erregung in der oben geschilderten Weise bedingt die Hallucination. So kommt Verf., der die deutschen Autoren, z. B. Hagen, gar nicht erwähnt, zu dem Schlusse, dass nur die centrifugal entstandene Erregung des „système sensoriel" als pathologischer Vorgang der Hallucination zu Grunde liege. Moeli.

III. Bibliographie.

Vorträge über Irrenpflege von Dr. F. Scholz (Bremen) betitelt sich ein soeben erschienenes Schriftchen, das neben einer übersichtlichen populären Darstellung der Formen geistiger Störung vortreffliche Anweisungen „an Pfleger und Pflegerinnen" giebt, und, indem es immer wieder betont: Irre sind Kranke! sehr geeignet ist, die noch so vielfach herrschenden Vorurtheile gegen Irre und Irrenanstalten beseitigen zu helfen. Hadlich.

IV. Vermischtes.

Von den 300 Millionen Einwohnern China's geben sich $^2/_3$ %, also 200 Millionen, dem Opiumgenuss hin. Sie verbrauchen jährlich etwa 900 000 Pfd. indischen und ebensoviel einheimischen Opiums, das erstere wird vorgezogen, weil es weniger strangirend und einen weniger fettigen Geschmack hat. Von jedem der 2 Millionen Raucher werden täglich 1—5 Drachmen consumirt. Für das Opium werden jährlich 25 Millionen Pfund Sterling in China bezahlt, der einzelne Raucher verbraucht täglich 5—11 Pence dafür. In der Regel geschieht die erste Anwendung wegen Schmerzen oder Krankheit, dann entwickelt sich die Opiumsucht. Meist wird es zuerst schlecht vertragen. (Aus der Medical Times and Gaz. v. 10. Decbr. 1881.)

In der Lancet (3. Decbr. 1081) wird der Vorschlag gemacht, ein besonderes Asyl für Puerperalmanie zu gründen. Es wird dies mit der besonderen Rücksicht, die diese Frauen verdienen, wie mit der Häufigkeit der Form begründet. In Hanwell und Colney Hatch wurden im vorigen Jahre 45 solcher Kranken aufgenommen, von denen 32 genasen, 2 starben und 9 in Behandlung verblieben.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 19. Januar. No. 2.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ernährungsanomalien im Reconvalescenzstadium der Manie von Dr. **Sioli** in Leubus. — Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel von Dr. **Th. Rumpf.** (Schluss.) — Halbseitige Gesichtsatrophie von Prof. Dr. **Küster.** — Zum Verhalten des Kniephänomens bei Cruralis-Dehnung von Prof. Dr. **Eulenburg.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Contribution à l'étude de la structure de la cellule nerveuse von **Luys.** 2. Innervation der glatten Musculatur von Dr. **W. Wolff.** 3. Die Nerven der Cornea von demselben. 4. Ueber freie sensible Nervenendigungen von demselben. — Experimentelle Physiologie. 5. Auge und Rückenmark von Dr. **Rieger** und Dr. **v. Forster.** — Pathologische Anatomie. 6. Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie des Hirns und Rückenmarkes von Prof. **Fürstner** und Dr. **Zacher.** 7. Anatomische Untersuchungen über das Verhalten der Ciliarnerven nach der Neurotomia optico-ciliaris von Dr. **Fedor Krause.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Zur Casuistik der Hirnläsionen von Dr. **Richter.** 9. Zur Casuistik der Hirntumoren von demselben. 10. Aphasie, Epilepsie Jacksonienne von **Sorel.** 11. Paralysis agitans posthemiplegica von Dr. **Auerbach.** 12. Tabes dorsalis von Dr. **Strümpell.** 13. Ueber Gelenkaffectionen bei Tabes dorsalis von Dr. **Seeligmüller.** 14. De l'hemiplégie des ataxiques von **M. Debove.** 15. Initiale Localisation der progressiven Muskelatrophie von Dr. **Seeligmüller.** 16. Case of injury to the cervical portion of the sympathetic Nerve von **Chavasse.** 17. Amaurose nach Blutverlust von Prof. Dr. **Hirschberg.** 18. Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial von **Lannois.** — Psychiatrie. 19. On mirror-writing and its relation to left-handness and cerebral disease von **Ireland.** 20. Perverted sexual instinct von **J. Krueg** (Ober-Döbling). 21. Entwickelung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie von **R. Gnauck.** 22. Mouvements de la pupille etc. von **M. Ch. Féré.** 23. A Case of Puerperal Mania ending in and apparently cured by an Epileptic Fit by **Worthington.** 24. Beobachtungen über atypischen Verlauf und complicirende Herderkrankung der Rinde bei Dementia paralytica von Dr. **Eickholt.** 25. Sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions. Idiotie complète von **Bourneville** und **Bonnaire.** — Therapie. 26. Nervendehnung nach Wirbelläsion von Dr. **Riedel.** 27. Sciatic Nerve stretching in Locomotor Ataxia von **Cavafy.** 28. Ueber Dehnung des Nervus opticus von Dr. **Kümmell.** 29. Ozonisirte Luft, ein schlafmachendes Gas von **C. Binz.** — Forensische Psychiatrie. 30. Gutachten über den geistigen Zustand des wegen versuchten Brudermordes in Untersuchung befindlichen Schuhmachergesellen Th. von Dr. **Köhler.**

III. **Personalien.**

IV. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ernährungsanomalien im Reconvalescenzstadium der Manie.

Von **Dr. Sioli** in Leubus.

Eine Beeinträchtigung der Ernährung des Körpers trotz reichlicher Nahrungsaufnahme findet sich fast regelmässig im Erregungsstadium der Manie und zeigt

Digitized by Google

sich in einer bald mässigen, bald bedeutenderen Abnahme des Körpergewichtes. Man könnte sie als Folgeerscheinung der Agitation, der ununterbrochenen Muskelthätigkeit, der Schlaflosigkeit auffassen, doch deutet die rapide Zunahme des Körpergewichtes mit Beginn der Reconvalescenz und besonders die Zunahme desselben weit über das im Beginn der Erkrankung gezeigte Gewicht, nicht selten selbst über das Durchschnittsgewicht vor der Erkrankung hinaus — darauf hin, dass wir es hier mit einer durch centrale Ursachen bedingten trophischen Störung zu thun haben.

Die schnelle Zunahme des Gewichtes fällt gewöhnlich zusammen mit dem auf das agitirte Stadium häufig folgenden Zustand leichter Stumpfheit, Schlafsucht und Energielosigkeit, in welchem meistens zugleich ein sehr gesteigertes Nahrungsbedürfniss beobachtet wird. Mit Eintritt der völligen Genesung hingegen sehen wir nicht nur gewöhnlich ein Stehenbleiben des Gewichtes, sondern nicht selten ein Zurückgehen desselben eintreten, das in schweren Fällen von Manie so häufig ist, dass es als werthvolles Merkmal der Genesung dient.

Wir finden diese Thatsache schon registrirt in den Tabellen von Nasse (Ztschr. f. Psych. Bd. 16), wenngleich dieselbe dort einige Male durch leichte körperliche Erkrankungen oder stärkere Anstrengungen erklärt wird; sie findet sich daselbst gleichmässig bemerkt bei „Tobsucht" wie bei „Schwermuth". Auch Schmidt (Puerperalpsychosen, Archiv f. Psych. Bd. 11) macht auf diese Gewichtsabnahme mit Eintritt der vollen Genesung aufmerksam.

Es ist nun kein Zweifel, dass diese auffällig schnelle und in's Uebermaass gehende Ansammlung von Ernährungsstoffen in den meisten Fällen durch eine Ablagerung von Fett im Unterhautzellgewebe, zwischen den Muskeln und in den Körperhöhlen hervorgerufen wird.

Dies zeigt die äussere Untersuchung des Kranken: die Formen des Körpers sind rundlich, die Conturen der Muskeln treten wenig hervor, diese selbst fühlen sich nicht kräftig an, sind dünn und schlaff und gewinnen erst allmählich an Umfang und Festigkeit; der Bauch ist stark, der Athem bei Anstrengungen oft kurz.

Zwei in der Heilanstalt zu Leubus gemachte Beobachtungen zeigen jedoch, dass zugleich mit der Ablagerung von Ernährungsstoffen an den oben erwähnten Orten eine solche im Periost resp. Perichondrium stattfinden kann, die ohne alle entzündlichen Erscheinungen als einfache Vermehrung der Formbestandtheile auftritt.

Der erste Fall betrifft eine weibliche Kranke von 25 Jahren, Seminaristin, früher kräftig und gesund, ohne skrophulöse Anlage oder Vorerkrankungen, die nach Gemüthserregungen und ihre Kraft übersteigenden geistigen Anstrengungen im Januar 1880 geistig erkrankte. Kopfschmerz ging der Krankheit voraus; ziemlich plötzlich trat eine heitere ausgelassene Stimmung ein, lebhaftes Sprechen, Gestikuliren, Singen, Declamiren wurde beobachtet. Die Kranke war schlaflos, zeigte allerlei erotische Neigungen, wollte die Aerzte ihrer Umgebung heirathen oder auch mit einem derselben verheirathet sein, hielt sich auch zuweilen für reich und war nicht selten heftig und reizbar.

Digitized by Google

Aus einem städtischen Hospitale wurde sie Ende Juni 1880 in dürftigem Ernährungszustande hier aufgenommen, hatte Oedeme der Unterschenkel und wog 37 kg. Sie blieb bis Ende August in dem geschilderten maniakalischen Zustande und hatte dabei stets guten Appetit; körperliche Erkrankungen bestanden nicht. Ende August hob sich das Körpergewicht auf 38,5 kg, zugleich trat grössere Beruhigung ein. Bis Ende November wechselten die Erscheinungen zwischen Erregungszuständen und leidlicher Ruhe, die aber durch jeden kleinen psychischen Eindruck wieder gestört wurde; das Körpergewicht hob sich langsam auf 40,5 kg. Vom December 1880 an zeigte die Kranke nun ein stumpfes, stilles Verhalten, sie sprach fast gar nicht, schlief viel, entwickelte starken Appetit; jedoch zeigten sich keine Symptome von Angst oder Depression, sie gab lächelnd die Hand, antwortete durch Gesten und gab später an, dass sie in dieser Zeit an Gehörstäuschungen gelitten habe; derartiges Auftreten von Sinnestäuschungen im Endstadium der Manie ist auch von Mendel geschildert worden.

Sie nahm im December 1880 — $3^1/_2$, im Januar 1881 — 3 kg zu; von da an monatlich 2—3 kg bis zum Mai; bis dahin betrug die Gesammtzunahme $19^1/_2$ kg, also etwas mehr als die Hälfte des Gewichtes bei der Aufnahme. Von Anfang April an trat die Periode ein. Nachdem das Gewicht im Mai $56^1/_2$ kg betragen hatte, sank es im Juni auf $55^1/_2$, im Juli auf 55 kg, Anfang August wurde die Kranke genesen entlassen und ist bisher gesund geblieben. Die geistige Reconvalescenz konnte man von Anfang März an als beginnend bezeichnen, ein stilleres Wesen blieb noch einige Zeit, das nach Eintritt der Periode mehr und mehr dem normalen Verhalten wich.

Ende December, also bald nach Beginn der stärksten Zunahme des Körpergewichtes, zeigte sich an der äusseren Seite der linken Unterkieferhälfte, dicht vor dem Ansatz des M. masseter eine bis zum unteren Rand des Unterkiefers reichende, mässig harte, elastische Geschwulst, fest mit dem Knochen zusammenhängend, nicht verschiebbar, schmerzlos, ohne jede Reactionserscheinung in der Umgebung, von etwa 5 Markstückgrösse und der Dicke eines Centimeters. Gegen angewandte Mittel verhielt sich die Geschwulst gleichgültig; sie zeigte eine wechselnde Grösse, verkleinerte sich im Laufe des Januar und Februar 1881 einige Male, um sich dann wieder wesentlich zu vergrössern und schliesslich im März ganz allmählich zu verschwinden. Zur Zeit des Eintrittes der Periode war keine Spur der Geschwulst mehr nachzuweisen. Irgend ein Trauma der betreffenden Stelle konnte nicht festgestellt werden.

Der andere Kranke, Webergesell, 31 Jahre alt, war 3 Tage nach einer Misshandlung mit heftigen Schlägen auf den Kopf am 4. März 1880 acut geistig erkrankt. Völlige Schlaflosigkeit, ausserordentliche Unruhe, Gestikuliren, Pfeifen, Schreien, gehobene Stimmung und Grössenideen, er sei Kaiser, hoher Beamte, habe viele Güter, grosse Kräfte, dabei Ideenflucht und Schlagfertigkeit, oft Witz in den Antworten charakterisirten die Krankheit auch nach der Aufnahme hierselbst, die am 24. März 1880 erfolgte. Ich erwähne kurz, dass die Psychose sich als eine nach der Intensität der Symptome sehr schwere und als langdauernd erwies. Zu enormer motorischer Unruhe und völliger Verwirrtheit trat eine

Digitized by Google

nicht zu besiegende Unreinlichkeit. So ging das Körpergewicht, dass bei der Aufnahme 49 kg betragen hatte, trotz reichlicher Ernährung in allmähligem, gleichmässigem Abfall bis zum September 1880 auf 40 kg herunter. Im October 1880 trat bei noch fortdauernder Verwirrtheit eine geringe Verminderung der Agitation ein; das Gewicht hob sich auf 42 kg. In den nächsten Monaten dauerte die Ideenflucht und die gehobene Stimmung fort, doch nahm die äussere Beruhigung zu. Unterdess stieg das Körpergewicht im November auf 45 kg. Zugleich bildete sich an der rechten Seite des Halses dicht am Kehlkopf eine eigenthümliche Geschwulst, die sich bei genauer Palpation als mit dem Kehlkopf zusammenhängend erwies; bei den Schluckbewegungen bewegte sie sich mit letzterem; mit der Schilddrüse bestand kein Zusammenhang; mässig hart, elastisch, nicht empfindlich zeigte sie bald die Grösse eines Taubeneies, nahm dann im Laufe des December wieder ab, um im Januar und Februar 1881 unter Schwankungen wieder zuzunehmen und zeitweise die Grösse eines Hühnereies zu erreichen.

Das Körpergewicht betrug im December 47 kg, im Januar 1881 — 51, im Februar 52,5. Im März stieg unter weiterer Beruhigung das Gewicht rapide auf 58,5 kg. Zugleich bildeten sich über dem Proc. mastoideus hinter dem linken Ohr und an der Tuberositas der rechten Tibia flache, dem Knochen aufsitzende Geschwülste von etwa Taubeneigrösse, die bei langsamem Wachsthum keine Empfindlichkeit zeigten und die Consistenz der obenbeschriebenen hatten. Im April und Mai 1881 war die Zunahme der Geschwülste gering, die des Körpergewichtes schritt allmählich auf 62 kg vor, Pat. zeigte sich im Juni sehr fett, dabei noch apathisch, zuweilen kindisch, doch mit Einsicht in seine Lage versehen und zu einer geordneten Unterhaltung fähig. Im Juni bildete sich über den drei Geschwülsten eine kleine fluctuirende Stelle, ohne besondere Röthung der Haut brach nacheinander in allen drei ein kleiner Canal durch die Haut, aus dem sich einige Tage hindurch wenig seröse Flüssigkeit entleerte. Die Sonde stiess auf weiches, leicht blutendes Gewebe, nirgends auf Knochen, auch hatte sich keine grössere Höhle gebildet. Aus dem Canal hinter dem Ohr entleerte sich ein etwa erbsengrosses zackiges Knochenstückchen.

Schon gegen Ende Juni waren die nach Schliessung des Canales noch wenig verkleinerten Geschwülste durch Resorption verschwunden, eine kleine, nicht dem Knochen adhärente Narbe war geblieben. Das Körpergewicht stieg nun unter zunehmender Leistungsfähigkeit des Kranken langsam bis zum November auf 70 kg, also 21 kg höher als bei der Aufnahme. Im August bestand noch merkliche Unsicherheit und Theilnahmlosigkeit, im November wichen auch diese letzten Spuren allmählich einem normalen Verhalten, im December ist das Gewicht um $^1/_2$ kg gesunken, die Haltung wird elastischer, der Körper muskulös, Ausdruck, Benehmen und Krankheitseinsicht erscheinen fast normal.

Es kann sich bei der Deutung der geschilderten Geschwülste nur um die Verwechselung mit einer chronischen Periostitis handeln, die durch Kachexie begünstigt, ihre Entstehung einem Trauma verdanken könnte und demnach nur locale Bedeutung haben würde.

Digitized by Google

Doch fehlt der Nachweis eines Traumas, das besonders bei dem multiplen Auftreten der Geschwülste im zweiten Falle wenig wahrscheinlich ist; es fehlen auch alle Reizerscheinungen, während aller Grund zur Annahme einer specifischen Natur der Geschwülste mangelt.

Ferner traten die Geschwülste nicht in der Periode der Krankheit auf, in der die Kachexie am grössten ist, die Gelegenheit zu Traumen täglich gegeben ist, in dem agitirten Stadium, sondern zur Zeit der grösseren Beruhigung und, was als frappante Thatsache auffällt, immer in solchen Perioden des Erholungsstadiums, in die eine rapide Ernährungsansammlung im ganzen Organismus fällt. Endlich ist bei einem entzündlichen Vorgang das wechselnde Verhalten der Geschwülste, die bald kleiner, bald grösser werden, ganz unerklärlich, es lässt sich hingegen ganz wohl vereinbaren mit der Annahme einer Ernährungsstörung, die durch Anomalien der trophischen Centren hervorgerufen wird und mit dem Eintreten eines normalen Gleichgewichtes im Organismus vorübergeht.

2. Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel.

Von Dr. **Th. Rumpf** in Düsseldorf.

(Nach einem auf d. Versamml. d. Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf am 6. October 1881 gehaltenen Vortrag.)

(Schluss.)

Im Anschluss an diesen Fall möchte ich Ihnen noch von einem weiteren berichten, der noch ein Jahr mehr zurückdatirt und ebenfalls vollständig gesund geblieben ist, wie ich mich noch vor wenigen Tagen zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Herr B., 40 Jahre alt, früherer Militär, von D., stellte sich mir am 24. Juli 1879 vor.

Derselbe war mit Ausnahme einer syphilitischen Infection vor 20 Jahren, die mit innerlicher Darreichung von Quecksilber behandelt wurde, im Grossen und Ganzen gesund. Doch hat er seit Jahren von Zeit zu Zeit an angeblich rheumatischen Schmerzen der Beine gelitten, die vom Gesäss zur Kniekehle ausstrahlten und hauptsächlich bei Witterungswechsel exacerbirten, ohne dass er ihnen jedoch eine besondere Aufmerksamkeit schenken zu müssen glaubte. Dazu gesellten sich vor etwas mehr als Jahresfrist eigenthümliche Gefühlsalterationen: Kribbeln und Ameisenlaufen in den Beinen, verbunden mit einer Abnahme des Gefühls, wozu nach einiger Zeit auch eine Verminderung der Leistungsfähigkeit trat. Beide Erscheinungen haben in den letzten drei Monaten nicht unbedeutend zugenommen, so dass Pat. jetzt ausserordentlich leicht müde wird, im Dunkelen schlecht gehen kann, stolpert u. s. w.

Ziemlich gleichzeitig mit dem ersten Beginn traten auch Störungen in den Armen auf, zunächst auch hier Kribbeln und Ameisenlaufen, dann Unruhe und Unsicherheit in Schultern und Armen, verbunden mit einer gewissen Schwäche, so dass das Schreiben dem Pat. sehr schwer und die Schrift unsicher wurde. Gürtelgefühl war nicht vorhanden.

Auch die Function der Blase ist seit jener Zeit nicht intakt; Pat. braucht zur Entleerung des Urin's lange Zeit und bedeutenden Kraftaufwand; ausserdem träufelt der Urin nach jeder Entleerung vielfach längere Zeit nach. Die Ge-

Digitized by Google

der Schleimhäute. Auch die zweite Kranke hat im Zeitraum weniger Wochen drei Mal Feuer angelegt und durch anonyme Briefe den Verdacht auf eine andere Person zu lenken versucht. Auch hier zur Zeit der Menses Unruhe, Schlaflosigkeit, heftige Kopfschmerzen, Ohrensausen, Gehörshallucinationen drohenden Inhalts. Später Anästhesie, Lachkrämpfe, tobsüchtiges Gebahren in Folge von Angstzuständen.

R. weist darauf hin, dass die Brandstiftung im Verein mit vielfachen anderen körperlichen und psychischen Störungen auftritt und hebt besonders hervor, dass beide Kranke kein anderes Motiv als Züchtigungen und Verweise angaben, und dass erst eine ganz genaue Anamnese das Vorhandensein einer durch die weitere Beobachtung zweifellos constatirten Geistesstörung annehmen liess. Moeli.

27) **Theorie physiologique de l'Hallucination** par Despine. (Ann. méd.-psychol., Nov. 1881.)

Während normaler Weise die Erregung der Rinde beschränkt bleibt und nur Erinnerungen hervorruft, tritt durch abnorme Ausbreitung nach den sensitiven Ganglien in centrifugaler Richtung die Hallucination auf, denn diese Erregung wird dann centripetal wieder zur Rinde geleitet, gerade als ob sie einem Reize der Sinnesorgane ihren Ursprung verdankte. Selbst bis zu diesen hin kann sich der ursprüngliche centrifugale Vorgang fortpflanzen, wie die Beobachtungen beweisen, bei denen durch Druck auf den Augapfel ein Doppelsehen des hallucinirten Objects, wie das eines reellen beim Schielen, hervorgerufen wurde. Läsionen der Sinnesorgane können auf die Hirnrinde wie andere nervöse Reizungen wirken, aber erst das centrifugale Weiterschreiten dieser Erregung in der oben geschilderten Weise bedingt die Hallucination. So kommt Verf., der die deutschen Autoren, z. B. Hagen, gar nicht erwähnt, zu dem Schlusse, dass nur die centrifugal entstandene Erregung des „système sensoriel" als pathologischer Vorgang der Hallucination zu Grunde liege. Moeli.

III. Bibliographie.

Vorträge über Irrenpflege von Dr. F. Scholz (Bremen) betitelt sich ein soeben erschienenes Schriftchen, das neben einer übersichtlichen populären Darstellung der Formen geistiger Störung vortreffliche Anweisungen „an Pfleger und Pflegerinnen" giebt, und, indem es immer wieder betont: Irre sind Kranke! sehr geeignet ist, die noch so vielfach herrschenden Vorurtheile gegen Irre und Irrenanstalten beseitigen zu helfen. Hadlich.

IV. Vermischtes.

Von den 300 Millionen Einwohnern China's geben sich $^2/_3$ $^0/_{00}$ also 200 Millionen, dem Opiumgenuss hin. Sie verbrauchen jährlich etwa 900 000 Pfd. indischen und ebensoviel einheimischen Opiums, das erstere wird vorgezogen, weil es weniger strangirend und einen weniger fettigen Geschmack hat. Von jedem der 2 Millionen Raucher werden täglich 1—5 Drachmen consumirt. Für das Opium werden jährlich 25 Millionen Pfund Sterling in China bezahlt, der einzelne Raucher verbraucht täglich 5—11 Pence dafür. In der Regel geschieht die erste Anwendung wegen Schmerzen oder Krankheit, dann entwickelt sich die Opiumsucht. Meist wird es zuerst schlecht vertragen. (Aus der Medical Times and Gaz. v. 10. Decbr. 1881.)

In der Lancet (3. Decbr. 1081) wird der Vorschlag gemacht, ein besonderes Asyl für Puerperalmanie zu gründen. Es wird dies mit der besonderen Rücksicht, die diese Frauen verdienen, wie mit der Häufigkeit der Form begründet. In Hanwell und Colney Hatch wurden im vorigen Jahre 46 solcher Kranken aufgenommen, von denen 32 genasen, 2 starben und 9 in Behandlung verblieben.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 19. Januar. No. 2.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ernährungsanomalien im Reconvalescenzstadium der Manie von Dr. **Sioli** in Leubus. — Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel von Dr. **Th. Rumpf.** (Schluss.) — Halbseitige Gesichtsatrophie von Prof. Dr. **Küster.** — Zum Verhalten des Kniephänomens bei Cruralis-Dehnung von Prof. Dr. **Eulenburg.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Contribution à l'étude de la structure de la cellule nerveuse von **Luys.** 2. Innervation der glatten Musculatur von Dr. **W. Wolff.** 3. Die Nerven der Cornea von demselben. 4. Ueber freie sensible Nervenendigungen von demselben. — Experimentelle Physiologie. 5. Auge und Rückenmark von Dr. **Rieger** und Dr. **v. Forster.** — Pathologische Anatomie. 6. Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie des Hirns und Rückenmarkes von Prof. **Fürstner** und Dr. **Zacher.** 7. Anatomische Untersuchungen über das Verhalten der Ciliarnerven nach der Neurotomia optico-ciliaris von Dr. **Fedor Krause.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Zur Casuistik der Hirnläsionen von Dr. **Richter.** 9. Zur Casuistik der Hirntumoren von demselben. 10. Aphasie, Epilepsie Jacksonienne von **Sorel.** 11. Paralysis agitans posthemiplegica von Dr. **Auerbach.** 12. Tabes dorsalis von Dr. **Strümpell.** 13. Ueber Gelenkaffectionen bei Tabes dorsalis von Dr. **Seeligmüller.** 14. De l'hemiplégie des ataxiques von **M. Debove.** 15. Initiale Localisation der progressiven Muskelatrophie von Dr. **Seeligmüller.** 16. Case of injury to the cervical portion of the sympathetic Nerve von **Chavasse.** 17. Amaurose nach Blutverlust von Prof. Dr. **Hirschberg.** 18. Contribution à l'étude des paralysies spontanées du plexus brachial von **Lannois.** — Psychiatrie. 19. On mirror-writing and its relation to left-handness and cerebral disease von **Ireland.** 20. Perverted sexual instinct von **J. Krueg** (Ober-Döbling). 21. Entwickelung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie von **R. Gnauck.** 22. Mouvements de la pupille etc. von **M. Ch. Féré.** 23. A Case of Puerperal Mania ending in and apparently cured by an Epileptic Fit by **Worthington.** 24. Beobachtungen über atypischen Verlauf und complicirende Herderkrankung der Rinde bei Dementia paralytica von Dr. **Eickholt.** 25. Sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions. Idiotie complète von **Bourneville** und **Bonnaire.** — Therapie. 26. Nervendehnung nach Wirbelläsion von Dr. **Riedel.** 27. Sciatic Nerve stretching in Locomotor Ataxia von **Cavafy.** 28. Ueber Dehnung des Nervus opticus von Dr. **Kümmell.** 29. Ozonisirte Luft, ein schlafmachendes Gas von **C. Binz.** — Forensische Psychiatrie. 30. Gutachten über den geistigen Zustand des wegen versuchten Brudermordes in Untersuchung befindlichen Schuhmachergesellen Th. von Dr. **Köhler.**

III. **Personalien.**

IV. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ernährungsanomalien im Reconvalescenzstadium der Manie.

Von **Dr. Sioli** in Leubus.

Eine Beeinträchtigung der Ernährung des Körpers trotz reichlicher Nahrungsaufnahme findet sich fast regelmässig im Erregungsstadium der Manie und zeigt

Digitized by Google

sich in einer bald mässigen, bald bedeutenderen Abnahme des Körpergewichtes. Man könnte sie als Folgeerscheinung der Agitation, der ununterbrochenen Muskelthätigkeit, der Schlaflosigkeit auffassen, doch deutet die rapide Zunahme des Körpergewichtes mit Beginn der Reconvalescenz und besonders die Zunahme desselben weit über das im Beginn der Erkrankung gezeigte Gewicht, nicht selten selbst über das Durchschnittsgewicht vor der Erkrankung hinaus — darauf hin, dass wir es hier mit einer durch centrale Ursachen bedingten trophischen Störung zu thun haben.

Die schnelle Zunahme des Gewichtes fällt gewöhnlich zusammen mit dem auf das agitirte Stadium häufig folgenden Zustand leichter Stumpfheit, Schlafsucht und Energielosigkeit, in welchem meistens zugleich ein sehr gesteigertes Nahrungsbedürfniss beobachtet wird. Mit Eintritt der völligen Genesung hingegen sehen wir nicht nur gewöhnlich ein Stehenbleiben des Gewichtes, sondern nicht selten ein Zurückgehen desselben eintreten, das in schweren Fällen von Manie so häufig ist, dass es als werthvolles Merkmal der Genesung dient.

Wir finden diese Thatsache schon registrirt in den Tabellen von Nasse (Ztschr. f. Psych. Bd. 16), wenngleich dieselbe dort einige Male durch leichte körperliche Erkrankungen oder stärkere Anstrengungen erklärt wird; sie findet sich daselbst gleichmässig bemerkt bei „Tobsucht“ wie bei „Schwermuth“. Auch Schmidt (Puerperalpsychosen, Archiv f. Psych. Bd. 11) macht auf diese Gewichtsabnahme mit Eintritt der vollen Genesung aufmerksam.

Es ist nun kein Zweifel, dass diese auffällig schnelle und in's Uebermaass gehende Ansammlung von Ernährungsstoffen in den meisten Fällen durch eine Ablagerung von Fett im Unterhautzellgewebe, zwischen den Muskeln und in den Körperhöhlen hervorgerufen wird.

Dies zeigt die äussere Untersuchung des Kranken: die Formen des Körpers sind rundlich, die Conturen der Muskeln treten wenig hervor, diese selbst fühlen sich nicht kräftig an, sind dünn und schlaff und gewinnen erst allmählich an Umfang und Festigkeit; der Bauch ist stark, der Athem bei Anstrengungen oft kurz.

Zwei in der Heilanstalt zu Leubus gemachte Beobachtungen zeigen jedoch, dass zugleich mit der Ablagerung von Ernährungsstoffen an den oben erwähnten Orten eine solche im Periost resp. Perichondrium stattfinden kann, die ohne alle entzündlichen Erscheinungen als einfache Vermehrung der Formbestandtheile auftritt.

Der erste Fall betrifft eine weibliche Kranke von 25 Jahren, Seminaristin, früher kräftig und gesund, ohne skrophulöse Anlage oder Vorerkrankungen, die nach Gemüthserregungen und ihre Kraft übersteigenden geistigen Anstrengungen im Januar 1880 geistig erkrankte. Kopfschmerz ging der Krankheit voraus; ziemlich plötzlich trat eine heitere ausgelassene Stimmung ein, lebhaftes Sprechen, Gestikuliren, Singen, Declamiren wurde beobachtet. Die Kranke war schlaflos, zeigte allerlei erotische Neigungen, wollte die Aerzte ihrer Umgebung heirathen oder auch mit einem derselben verheirathet sein, hielt sich auch zuweilen für reich und war nicht selten heftig und reizbar.

Digitized by Google

Aus einem städtischen Hospitale wurde sie Ende Juni 1880 in dürftigem Ernährungszustande hier aufgenommen, hatte Oedeme der Unterschenkel und wog 37 kg. Sie blieb bis Ende August in dem geschilderten maniakalischen Zustande und hatte dabei stets guten Appetit; körperliche Erkrankungen bestanden nicht. Ende August hob sich das Körpergewicht auf 38,5 kg, zugleich trat grössere Beruhigung ein. Bis Ende November wechselten die Erscheinungen zwischen Erregungszuständen und leidlicher Ruhe, die aber durch jeden kleinen psychischen Eindruck wieder gestört wurde; das Körpergewicht hob sich langsam auf 40,5 kg. Vom December 1880 an zeigte die Kranke nun ein stumpfes, stilles Verhalten, sie sprach fast gar nicht, schlief viel, entwickelte starken Appetit; jedoch zeigten sich keine Symptome von Angst oder Depression, sie gab lächelnd die Hand, antwortete durch Gesten und gab später an, dass sie in dieser Zeit an Gehörstäuschungen gelitten habe; derartiges Auftreten von Sinnestäuschungen im Endstadium der Manie ist auch von Mendel geschildert worden.

Sie nahm im December 1880 — $3^1/_2$, im Januar 1881 — 3 kg zu; von da an monatlich 2—3 kg bis zum Mai; bis dahin betrug die Gesammtzunahme $19^1/_2$ kg, also etwas mehr als die Hälfte des Gewichtes bei der Aufnahme. Von Anfang April an trat die Periode ein. Nachdem das Gewicht im Mai $56^1/_2$ kg betragen hatte, sank es im Juni auf $55^1/_2$, im Juli auf 55 kg, Anfang August wurde die Kranke genesen entlassen und ist bisher gesund geblieben. Die geistige Reconvalescenz konnte man von Anfang März an als beginnend bezeichnen, ein stilleres Wesen blieb noch einige Zeit, das nach Eintritt der Periode mehr und mehr dem normalen Verhalten wich.

Ende December, also bald nach Beginn der stärksten Zunahme des Körpergewichtes, zeigte sich an der äusseren Seite der linken Unterkieferhälfte, dicht vor dem Ansatz des M. masseter eine bis zum unteren Rand des Unterkiefers reichende, mässig harte, elastische Geschwulst, fest mit dem Knochen zusammenhängend, nicht verschiebbar, schmerzlos, ohne jede Reactionserscheinung in der Umgebung, von etwa 5 Markstückgrösse und der Dicke eines Centimeters. Gegen angewandte Mittel verhielt sich die Geschwulst gleichgültig; sie zeigte eine wechselnde Grösse, verkleinerte sich im Laufe des Januar und Februar 1881 einige Male, um sich dann wieder wesentlich zu vergrössern und schliesslich im März ganz allmählich zu verschwinden. Zur Zeit des Eintrittes der Periode war keine Spur der Geschwulst mehr nachzuweisen. Irgend ein Trauma der betreffenden Stelle konnte nicht festgestellt werden.

Der andere Kranke, Webergesell, 31 Jahre alt, war 3 Tage nach einer Misshandlung mit heftigen Schlägen auf den Kopf am 4. März 1880 acut geistig erkrankt. Völlige Schlaflosigkeit, ausserordentliche Unruhe, Gestikuliren, Pfeifen, Schreien, gehobene Stimmung und Grössenideen, er sei Kaiser, hoher Beamte, habe viele Güter, grosse Kräfte, dabei Ideenflucht und Schlagfertigkeit, oft Witz in den Antworten charakterisirten die Krankheit auch nach der Aufnahme hierselbst, die am 24. März 1880 erfolgte. Ich erwähne kurz, dass die Psychose sich als eine nach der Intensität der Symptome sehr schwere und als langdauernd erwies. Zu enormer motorischer Unruhe und völliger Verwirrtheit trat eine

Digitized by Google

nicht zu besiegende Unreinlichkeit. So ging das Körpergewicht, dass bei der Aufnahme 49 kg betragen hatte, trotz reichlicher Ernährung in allmähligem, gleichmässigem Abfall bis zum September 1880 auf 40 kg herunter. Im October 1880 trat bei noch fortdauernder Verwirrtheit eine geringe Verminderung der Agitation ein; das Gewicht hob sich auf 42 kg. In den nächsten Monaten dauerte die Ideenflucht und die gehobene Stimmung fort, doch nahm die äussere Beruhigung zu. Unterdess stieg das Körpergewicht im November auf 45 kg. Zugleich bildete sich an der rechten Seite des Halses dicht am Kehlkopf eine eigenthümliche Geschwulst, die sich bei genauer Palpation als mit dem Kehlkopf zusammenhängend erwies; bei den Schluckbewegungen bewegte sie sich mit letzterem; mit der Schilddrüse bestand kein Zusammenhang; mässig hart, elastisch, nicht empfindlich zeigte sie bald die Grösse eines Taubeneies, nahm dann im Laufe des December wieder ab, um im Januar und Februar 1881 unter Schwankungen wieder zuzunehmen und zeitweise die Grösse eines Hühnereies zu erreichen.

Das Körpergewicht betrug im December 47 kg, im Januar 1881 — 51, im Februar 52,5. Im März stieg unter weiterer Beruhigung das Gewicht rapide auf 58,5 kg. Zugleich bildeten sich über dem Proc. mastoideus hinter dem linken Ohr und an der Tuberositas der rechten Tibia flache, dem Knochen aufsitzende Geschwülste von etwa Taubeneigrösse, die bei langsamem Wachsthum keine Empfindlichkeit zeigten und die Consistenz der obenbeschriebenen hatten. Im April und Mai 1881 war die Zunahme der Geschwülste gering, die des Körpergewichtes schritt allmählich auf 62 kg vor, Pat. zeigte sich im Juni sehr fett, dabei noch apathisch, zuweilen kindisch, doch mit Einsicht in seine Lage versehen und zu einer geordneten Unterhaltung fähig. Im Juni bildete sich über den drei Geschwülsten eine kleine fluctuirende Stelle, ohne besondere Röthung der Haut brach nacheinander in allen drei ein kleiner Canal durch die Haut, aus dem sich einige Tage hindurch wenig seröse Flüssigkeit entleerte. Die Sonde stiess auf weiches, leicht blutendes Gewebe, nirgends auf Knochen, auch hatte sich keine grössere Höhle gebildet. Aus dem Canal hinter dem Ohr entleerte sich ein etwa erbsengrosses zackiges Knochenstückchen.

Schon gegen Ende Juni waren die nach Schliessung des Canales noch wenig verkleinerten Geschwülste durch Resorption verschwunden, eine kleine, nicht dem Knochen adhärente Narbe war geblieben. Das Körpergewicht stieg nun unter zunehmender Leistungsfähigkeit des Kranken langsam bis zum November auf 70 kg, also 21 kg höher als bei der Aufnahme. Im August bestand noch merkliche Unsicherheit und Theilnahmlosigkeit, im November wichen auch diese letzten Spuren allmählich einem normalen Verhalten, im December ist das Gewicht um $^1/_2$ kg gesunken, die Haltung wird elastischer, der Körper muskulös, Ausdruck, Benehmen und Krankheitseinsicht erscheinen fast normal.

Es kann sich bei der Deutung der geschilderten Geschwülste nur um die Verwechselung mit einer chronischen Periostitis handeln, die durch Kachexie begünstigt, ihre Entstehung einem Trauma verdanken könnte und demnach nur locale Bedeutung haben würde.

Digitized by Google

Doch fehlt der Nachweis eines Traumas, das besonders bei dem multiplen Auftreten der Geschwülste im zweiten Falle wenig wahrscheinlich ist; es fehlen auch alle Reizerscheinungen, während aller Grund zur Annahme einer specifischen Natur der Geschwülste mangelt.

Ferner traten die Geschwülste nicht in der Periode der Krankheit auf, in der die Kachexie am grössten ist, die Gelegenheit zu Traumen täglich gegeben ist, in dem agitirten Stadium, sondern zur Zeit der grösseren Beruhigung und, was als frappante Thatsache auffällt, immer in solchen Perioden des Erholungsstadiums, in die eine rapide Ernährungsansammlung im ganzen Organismus fällt. Endlich ist bei einem entzündlichen Vorgang das wechselnde Verhalten der Geschwülste, die bald kleiner, bald grösser werden, ganz unerklärlich, es lässt sich hingegen ganz wohl vereinbaren mit der Annahme einer Ernährungsstörung, die durch Anomalien der trophischen Centren hervorgerufen wird und mit dem Eintreten eines normalen Gleichgewichtes im Organismus vorübergeht.

2. Zur Behandlung der Tabes dorsalis mit dem faradischen Pinsel.

Von Dr. **Th. Rumpf** in Düsseldorf.

(Nach einem auf d. Versamml. d. Aerzte d. Reg.-Bez. Düsseldorf am 6. October 1881 gehaltenen Vortrag.)

(Schluss.)

Im Anschluss an diesen Fall möchte ich Ihnen noch von einem weiteren berichten, der noch ein Jahr mehr zurückdatirt und ebenfalls vollständig gesund geblieben ist, wie ich mich noch vor wenigen Tagen zu überzeugen Gelegenheit hatte.

Herr B., 40 Jahre alt, früherer Militär, von D., stellte sich mir am 24. Juli 1879 vor.

Derselbe war mit Ausnahme einer syphilitischen Infection vor 20 Jahren, die mit innerlicher Darreichung von Quecksilber behandelt wurde, im Grossen und Ganzen gesund. Doch hat er seit Jahren von Zeit zu Zeit an angeblich rheumatischen Schmerzen der Beine gelitten, die vom Gesäss zur Kniekehle ausstrahlten und hauptsächlich bei Witterungswechsel exacerbirten, ohne dass er ihnen jedoch eine besondere Aufmerksamkeit schenken zu müssen glaubte. Dazu gesellten sich vor etwas mehr als Jahresfrist eigenthümliche Gefühlsalterationen: Kribbeln und Ameisenlaufen in den Beinen, verbunden mit einer Abnahme des Gefühls, wozu nach einiger Zeit auch eine Verminderung der Leistungsfähigkeit trat. Beide Erscheinungen haben in den letzten drei Monaten nicht unbedeutend zugenommen, so dass Pat. jetzt ausserordentlich leicht müde wird, im Dunkelen schlecht gehen kann, stolpert u. s. w.

Ziemlich gleichzeitig mit dem ersten Beginn traten auch Störungen in den Armen auf, zunächst auch hier Kribbeln und Ameisenlaufen, dann Unruhe und Unsicherheit in Schultern und Armen, verbunden mit einer gewissen Schwäche, so dass das Schreiben dem Pat. sehr schwer und die Schrift unsicher wurde. Gürtelgefühl war nicht vorhanden.

Auch die Function der Blase ist seit jener Zeit nicht intakt; Pat. braucht zur Entleerung des Urin's lange Zeit und bedeutenden Kraftaufwand; ausserdem träufelt der Urin nach jeder Entleerung vielfach längere Zeit nach. Die Ge-

Digitized by Google

schlechtsfunction ist nahezu vollständig erloschen; hier und da unvollkommene Erektionen.

Hier und da Ohrensausen, Gedächtniss angeblich etwas schlecht; im Uebrigen keine Kopferscheinungen, kein Kopfschmerz, kein Schwindel.

Pat. hat lange Zeit Jodkali genommen, ohne dass eine Aenderung eingetreten ist.

Stat.: Grosser, kräftig gebauter Herr, bei dessen Eintreten alsbald der unsichere etwas stampfende ataktische Gang auffällt.

Stehen mit geschlossenen Füssen leidlich gut, Oculis clausis leichtes aber deutliches Schwanken. Zehenstand und Fersenstand nicht gerade gut, aber auch nicht auffallend schlecht. Stehen auf einem Fuss unsicher.

Im Liegen zeigt sich die motorische Kraft gut erhalten, dagegen erfolgen alle Bewegungen mit exquisiter Ataxie, die indessen mit dem Schluss der Augen nicht zunimmt. Keine Muskelspannungen.

Die Sensibilität der gesammten Körperoberfläche mit Ausnahme von Kopf und Hals zeigt eine nicht unbeträchtliche Herabsetzung. Zunächst werden Knopf und Spitze der Nadel nicht sicher unterschieden. Dann ist das Gefühl für die Schmerzempfindung afficirt. Pat. empfindet nur sehr starke Schmerzeindrücke als solche nnn zwar beträchtlich verlangsamt, indem er erst eine Reihe von Secunden nach dem Tasteindruck einen Schmerz erlitten haben will.

Das Muskelgefühl ist an den unteren sowohl als den oberen Extremitäten herabgesetzt. Alle feineren Lage- und Stellungsveränderungen werden nur sehr unsicher und vielfach falsch angegeben.

Sehnenreflexe von den Patellar- und Achilles-Sehne stark, kein Dorsalklonus.

Hautreflexe von Planta und Abdomen stark, Cremasterreflex vorhanden.

In den Armen deutliche Ataxie bei erhaltenen Sehnenreflexen. Stuhlentleerung verzögert. Leichte Incontinentia urinae und Parese der Blase.

Geschlechtsfunction seit einem Jahre nahezu vollständig erloschen.

Eine weitere genauere Untersuchung der Sensibilität in Bezug auf die Verlangsamung der Schmerzleitung ergiebt, dass die Schmerzempfindung erst circa $1^1/_2$ Secunden nach der Berührung und der rasch angegebenen Tastempfindung eintritt. Besonders ist dieses an den unteren Extremitäten der Fall, während die Zeitdifferenz noch oben geringer wird.

Aber auch eine Reihe rasch einander folgender Schmerzeindrücke werden nicht genau empfunden und gezählt. Wurde die Messung mit dem faradischen Pinsel und raschen Unterbrechungen gemacht, so wurden etwa 2 in der Secunde gezählt. Doch besserte sich nach einiger Zeit unter dem äusseren Reiz die Empfindlichkeit an der untersuchten Stelle, um an einer etwas davon entfernten Stelle ganz die erste Erscheinung darzubieten, ein Verhalten, das mit der von G. Fischer[1] kürzlich beschriebenen Verlangsamung der tactilen Leitung bei Tabes eine nicht zu verkennende Aehnlichkeit hat.

Resumiren wir auch diesen Fall kurz, so kann es wohl keinem Zweifel unterliegen, dass wir ihn unter die Tabes einzureihen haben, wenn er auch den typischen Fällen nicht zugerechnet werden darf.

Immerhin ist doch das Vorhandensein der Sehnenreflexe bei dem sonst vollständigen Symptomenbild der Tabes eine, wenn auch nicht häufig, so doch ab und zu beobachtete Erscheinung. Die lange vorausgegangenen lanzinirenden Schmerzen, die Paraesthesien in den oberen und unteren Extremitäten, verbunden mit Analgesie und Abnahme der Tastempfindung, die Ataxie der Arme und Beine bei erhaltener motorischer Kraft, die

Digitized by Google

Störungen der Blasenfunction und die Impotenz bei gleichzeitigem Fehlen aller auf eine andere Affection deutenden Symptome reihen den Fall entschieden unter die Tabesfälle mit erhaltenen Sehnenreflexen ein.

Pat. wurde mit dem galvanischen Strom behandelt — ohne wesentlichen Erfolg. Dann erhielt er Quecksilber und Jodpräparate — ohne Erfolg.

Endlich griff ich zum faradischen Pinsel, den ich zur Untersuchung der Leitungsverlangsamung bei dem Pat. schon vielfach angewendet hatte, und dessen Application im Laufe der Untersuchung stets von einer wesentlichen Verbesserung der Sensibilität gefolgt war.

Unter der gleichen Behandlung, wie ich sie bei dem vorigen Fall skizzirt, liessen die Schmerzen nach, besserte sich die Sensibilität und wurde normal, stellte sich die Blasenfunktion wieder her, und schwand die Ataxie — nur die Impotenz bot Allem Trotz.

Nach sechswöchentlicher Behandlung konnte ich den Pat. entlassen und habe die Freude, ihn noch heute nach mehr als 2 Jahren in vollster Berufsthätigkeit zu wissen. Ich habe ihn vor einigen Tagen untersucht und konnte objectiv von der früheren Affection nichts mehr nachweisen. Er selbst vermisst nur eine Wiederherstellung seiner Potenz; im übrigen fühlt er sich vollständig gesund und leistungsfähig.

Betrachten wir kurz das Resultat der Behandlung bei beiden Patienten, so können wir dasselbe wohl als ein ausserordentlich günstiges bezeichnen. Dass ich selbst Veranlassung nahm, nach diesen Resultaten die Behandlung mit dem faradischen Pinsel auf weitere Fälle von Tabes zu übertragen, wird Sie nicht überraschen. Auch bei einer Reihe weiterer Fälle[2] bin ich mit den Resultaten recht zufrieden gewesen. Theils handelt es sich hierbei um wesentliche Besserungen, theils um vollständiges Zurücktreten einzelner Symptome, wie der Sensibilitätsstörungen, der Schmerzen, der crises laryngeales etc. Aber es hat auch an weniger günstigen Resultaten nicht gefehlt, bei welchem nur stundenlange Erleichterung der Schmerzen eintrat und sicher wird es auch Fälle geben, bei welchen die Application des Pinsels nicht vertragen wird oder contraindicirt ist, so dass ich weit davon entfernt bin, dem faradischen Pinsel eine gleich günstige Wirkung bei allen Tabesfällen zuzuschreiben oder denselben als Universal-Heilmittel zu empfehlen.

Vielleicht dürfte aber bei vielen nicht zu alten Fällen von Tabes, bei welchen die Schmerzen und die Paraesthesien noch im Vordergrund stehen, und Anamnese und objectiver Befund keine antiluetische Behandlung indiciren, ein Versuch mit dem faradischen Pinsel indicirt sein.

---

3. Vorstellung eines Falles von halbseitiger Gesichtsatrophie.

Von Prof. Dr. **E. Küster** in Berlin.

(Berliner med. Gesellschaft vom 11. Januar 1882.)

Am 9. Juni 1880 stellte Herr Virchow der Berl. med. Gesellschaft 2 Fälle von halbseitiger Gesichtsatrophie vor. Der eine derselben ist schon früher be-

[1] G. Fischer, Verlangsam. d. sensibl. Leitung bei Tabes. Berl. klin. W. 1881. No. 34.

[2] Dieselben schon heute ausführlich mitzutheilen, scheint mir bei der kurzen Zeit seit der Entlassung noch verfrüht.

Digitized by Google

schrieben worden, der andere aber war neu und repräsentirte den 18. Fall, welcher überhaupt bekannt geworden ist. Indessen nicht nur die Seltenheit des Leidens, welche es wünschenswerth erscheinen lässt, zunächst noch jede Einzelbeobachtung zu registriren, hat mich veranlasst, heute einen neuen, den 19. Fall vorzustellen, sondern auch der Umstand, dass derselbe manche Eigenthümlichkeiten besitzt, die von besonderem Interesse sind.

Die Kranke, Frau Louise Mulacs, ist in meine Hände nur durch einen Zufall gekommen. Wegen einer Sehnenscheidenentzünduug in der Hohlhand liess sie sich im September v. J. in's Augusta-Hospital aufnehmen, woselbst die Affection ihres Gesichtes sofort die Aufmerksamkeit auf sich zog. — Die Frau steht gegenwärtig im Alter von 59 Jahren. In ihrer Kindheit und Jugend war sie bis auf geringe Menstruationsanomalien stets gesund, hat insbesondere niemals an irgend einer Krampfform gelitten. Im Alter von 27 Jahren verheiratete sie sich und gebar ein Jahr später ihr erstes und einziges Kind. Einige Monate später — genauer weiss Pat. den Zeitpunkt nicht zu bestimmen — wurde sie darauf aufmerksam, dass ihre linke Wange einsank, ohne dass irgend eine anderweitige Krankheit vorangegangen wäre. Die Affection ist sehr langsam fortgeschritten, hat aber niemals einen deutlichen Stillstand gemacht; auch in den letzten Jahren noch will Pat. eine Zunahme der Erscheinungen beobachtet haben.

Bei Betrachtung des Gesichtes ist es in die Augen springend, dass die linke Gesichtshälfte im ganzen Bereiche des Nerv. Trigeminus erkrankt ist. Auf der Stirn sehen wir 2 fingerbreite Furchen, von denen die mediale, mit der Mittellinie abschneidend, dem Verlauf des N. supratrochlearis, die laterale dem des N. supraorbitalis entspricht. Erstere geht höher hinauf, bis auf den behaarten Kopf; doch fehlen in ihrem Bereich die Haare vollkommen. Das linke Auge ist tief eingesunken, es scheint sämmtliches Fett aus der Augenhöhle verschwunden zu sein. Dabei ist aber die Sehkraft vollkommen normal und hat Herr College Hirschberg noch heute Abend den Augenhintergrund untersucht, ohne irgendwelche Abweichung zu finden. Die linke Wange unterhalb des Jochbeins ist tief eingezogen, offenbar als Ausdruck des vollständigen Verschwindens des Wangenfettes. Diese Einziehung verhält sich fast wie eine strahlige Narbe, da die Nachbartheile gegen dieselbe herangezogen sind. So ist der linke Mundwinkel etwas in die Höhe gezogen, ohne dass übrigens eine merkbare Atrophie der Mundmusculatur bemerkbar wäre; so ist auch die Nase etwas nach links verzogen. Indessen lässt sich erkennen, dass hierbei noch andere Momente mitwirken. Betrachtet man die Nase von unten, so sieht man, dass das linke Nasenloch in eine schmale Spalte verwandelt ist und bei Betastung der knorpligen Nase überzeugt man sich, dass auch die Knorpel linker Seits der Atrophie verfallen sind. — Im Bereich des 3. Astes des Trigeminus fällt zunächst die Atrophie der Kaumusculatur in die Augen, indem die linke Schläfe sowohl, als die Masseterengegend tief eingesunken sind. Dagegen ist die Kinnhaut nicht auffallend verändert, jedenfalls erheblich weniger, als im Bereich der beiden ersten Aeste. Die Zunge weicht beim Herausstrecken ein wenig nach

Digitized by Google

links ab, aber nicht in sehr prägnanter Weise; an der Gaumenmusculatur dagegen ist keine merkbare Verschiedenheit auf beiden Seiten.

Bei oberflächlicher Betrachtung des Gesichtes würde man sicher der Ansicht zuneigen, dass auch die Knochen an den Veränderungen theilnehmen. Dem ist indessen nicht so. Bei vergleichender Palpation erkennt man, dass dieselben keine merklichen Verschiedenheiten von denen der anderen Seite darbieten. Bei allen früher veröffentlichten Fällen ist das anders; allein Herr Virchow machte schon darauf aufmerksam, dass diese Veränderungen um so geringer sind, je mehr sich die Individuen beim Beginn des Leidens dem Alter näherten, in welchem die Gesichtsknochen ihre volle Ausbildung erreicht haben, d. h. dem Alter von ca. 20 Jahren. In allen bisher veröffentlichten Fällen begann nun das Leiden vor dem 20. Jahre oder wenig später, während die hier vorgestellte Kranke erst mit dem 28. Jahre die ersten Symptome bemerkte. Es geht hieraus also unzweifelhaft hervor, dass die Knochen, sobald sie ihr Wachsthum vollendet haben, den krankmachenden Potenzen einen erheblich grösseren Widerstand entgegensetzen, als die übrigen Gewebe, ja dass sie völlig unberührt bleiben können. Das ist es, was diesen Fall auszeichnet und was zu denken giebt. Indessen will ich mich auf Hypothesen über diese Verhältnisse nicht einlassen. Ich habe nur geglaubt, dass es richtig sei, zunächst sämmtliche Beobachtungen über dies seltene und dunkle Leiden zusammenzutragen, um später mit Hülfe derselben und der allerdings noch immer ausstehenden pathologisch-anatomischen Untersuchungen ein klareres Bild der Krankheit zu gewinnen, als es bis jetzt der Fall ist.

4. Zum Verhalten des Kniephänomens bei Cruralis-Dehnung.

Von Prof. Dr. **A. Eulenburg** in Greifswald.

In einer Anmerkung meiner Mittheilung „über die Latenzdauer und den pseudoreflectorischen Charakter der Sehnenphänomene“ (dies Centralblatt No. 1) hatte ich beiläufig auf die Thatsache Bezug genommen, dass bei Hunden nach einseitiger Cruralis-Dehnung das Kniephänomen auf der operirten Seite zeitweise verschwindet. Es war mir entgangen, und ich beeile mich hier ausdrücklich nachzutragen, dass diese Erscheinung bereits vor mehreren Jahren von Westphal an Kaninchen ermittelt worden ist (cf. „Unterschenkelphänomen und Nervendehnung“, Archiv für Psych. VIII, p. 666), wobei auch die vollständige Erhaltung der Leitungsfähigkeit und cutanen Reflexerregbarkeit constatirt wurde. Gewiss mit Recht spricht sich Westphal auch auf Grund dieser Befunde gegen eine reflectorische Erklärung des Phänomens aus. — Ich habe übrigens die betreffende Thatsache besonders mit Rücksicht auf den Umstand hervorheben zu sollen geglaubt, dass in Berichten über Cruralis-Dehnung beim Menschen (abgesehen von Tabes-Fällen) das Kniephänomen öfters als nach der Operation völlig intact dargestellt wird.

Digitized by Google

II. Referate.

Anatomie.

1) **Contribution à l'étude de la structure de la cellule nerveuse étudiée à l'aide de la méthode photomicrographique** von Luys. (L'encéphale. Sept. 1881 p. 412.)

Mittelst photographischer Wiedergabe mikroskopischer Bilder fand L., dass die motorische Ganglienzelle des Rückenmarkes und der Gehirnrinde 1) keine Grenzmembran, 2) ein gleichmässig areoläres und schwammiges Protoplasma von regelmässiger Anordnung besitze, welches unter der Form radiär vom Kern ausstrahlender und in gewisser Ordnung gekreuzter Streifen angeordnet sei. Binswanger.

---

2) **Die Innervation der glatten Muskulatur** von Dr. W. Wolff in Berlin. (Arch. f. mikroskop. Anatomie Bd. XX. S. 361.)

Durch Behandlung der Harnblase des Frosches mit Goldchloridlösungen (genaue Methode im Original) fand Verf., dass zu derselben mit den markhaltigen Cerebrospinalnerven auch eine grössere Anzahl sympathischer Nerven gelangt, an denen sympathische Ganglienzellen, meist in Nestern vereinigt, liegen. Diese Ganglienzellen sind rund, oval, drei- oder vieleckig, haben 1—4 Ausläufer. Durch ihre Ausläufer, von denen Verf. „zwei ungleichwerthige Arten" unterscheidet, stehen sie theils mit marklosen Fasern, die zum Grenzstrang ziehen, theils — je einer oder mehrere — mit einer resp. mehreren Muskelzellen in Verbindung (der Ausläufer „geht an sie heran"); der letztere Ausläufer kann sich theilen und ist meist feiner wie jener „centripetale". „Es sind also die sympathischen Nerven, die die glatten Muskeln innerviren", ob jede Muskelzelle durch je eine Nervenfaser, lässt Verf. unentschieden, hält es aber nicht für nöthig. Ebenso bleibt der Vorgang der Innervation noch unklar. J. Arnold's gangliöse Glockenapparate in der Froschlunge, und Ranvier's tache motrice kann Verf. nicht bestätigen. Hadlich.

---

3) **Die Nerven der Cornea,** von demselben. (Ebenda Bd. XX. S. 373).

Nach dem Resultate von Goldfärbungen behauptet Verf. die Existenz einer Markhülle auch an den Nerven der Cornea; nur mache das gewöhnliche fettreiche Mark einem fettarmen (Corneamark) Platz. Eine Verbindung der Nerven mit Hornhautkörperchen oder Epithelzellen, ferner ein Hinausragen der Nerven über die Oberfläche des Epithels konnte Verf. nicht constatiren. Hadlich.

---

4) **Ueber freie sensible Nervenendigungen,** von demselben. (Ebenda Bd. XX. S. 377.)

Verf. tritt mit grosser Entschiedenheit dafür ein, dass im ganzen peripheren Nervensystem der Wirbelthiere kein cerebrospinaler Nerv in seinem Verlaufe marklos werde. Sowohl die freien sensiblen Nervenendigungen, wie die motorischen im quergestreiften und im glatten Muskel, sowohl die Nervenendigungen in den electrischen Organen, wie auch die Nerven der Cornea, bei denen allen man aus markhaltigen Nervenfasern hervorgegangene marklose beschrieben hat, behalten eine feine Markhülle. In manchen Endorganen wird allerdings der Nerv marklos. Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

5) **Auge und Rückenmark** von Dr. Rieger in Würzburg und Dr. von Forster in Nürnberg. (Graefe's Arch. für Ophthalmologie Bd. 27. III. 1881.)

Ausgehend von der Thatsache des häufigen Zusammenvorkommens spinaler Erkrankungen und oculärer Phänomene, von der Beobachtung bei progressiver Paralyse,

Digitized by Google

dass wesentlich die Fälle mit markirter spinaler Complication Krankheitserscheinungen von Seiten der Augen darboten, suchen die Verf. den Zusammenhang zu erforschen zwischen Rückenmark und Auge, resp. den in beiden sich abspielenden Prozessen.

Von vorn herein erklären sie sich gegen die Annahme gleichzeitig vorhandener cerebraler Herde in zahlreichen Fällen der genannten Combination; sie suchen im Gegentheil ein directes Abhängigkeitsverhältniss zu begründen zwischen beiden Organen. Zunächst in die Augen springend ist dieses Verhältniss bei den Fällen von Schmerzenerkrankung nach Spinalverletzungen (Albutt, Mooren u. A), ferner die Neuritis optica bei acuter Myelitis (Erb, Steffan, Seguin). Von besonderem Interesse und von Wichtigkeit für die Pathogenose sind die Fälle, in denen die Opticusaffection vom Beginn an ophthalmoskopisch verfolgt werden kann: es handelt sich hier häufig, wie die Verf. hervorheben und an klinischen Beispielen erläutern, um Uebergangszustände von Neuritis, resp. leichter neuritischer Schwellung zu Atrophie, um das Zusammenvorkommen beider Zustände. Wahrscheinlich ist der Beginn der spinalen Sehnervenatrophie häufig neuritischer Natur. Doch können die Verf. freilich das Vorkommen primärer Atrophie nicht absolut in Abrede stellen.

Als Mittelglied zwischen spinaler und Sehnervenerkrankung (von dieser ist vorläufig wesentlich die Rede) sind die Verf. geneigt, vasomotorische Fernwirkung des Rückenmarks auf den Opticus zu statuiren. Diese Annahme zu stützen, werden eine Reihe von klinischen Beobachtungen und experimentellen Untersuchungen herangezogen. Einige Fälle, bei denen neben der Opticuserkrankung das vasomotorische Element eine recht deutliche Rolle auf andern benachbarten Bahnen spielte, (hyperämische Erscheinungen an Kopf und Hals neben Störung des Sehvermögens und ophthalmoskopischen Veränderungen, entweder hyperämischer Schwellung oder grauweisser Verfärbung der Papille) erscheinen von besonderer Bedeutung für die betr. Annahme.

Da der Halssympathicus sich bei der Aufhellung des supponirten Mechanismus als eine sehr wichtige Bahn darstellt, wird der pathologische Effekt von Sympathicuserkrankungen speciell mit Rücksicht auf das Auge genauer und ebenfalls an klinischen Beispielen erörtert. Ausser den gewöhnlichen Symptomen, Ptosis, Myosis, Erweiterung der Gefässe des Augenhintergrundes und Herabsetzung des intraocularen Drucks beobachteten die Verf. verschiedene Complicationen mit vasomotorischen Störungen im Gebiet des Kopfes. Auch der Morbus Basedowii wird herangezogen und speciell der Exophthalmus des M. B. auf vasomotorische Störungen zurückgeführt. Ein Fall von leichter Papillitis mit Basedow'schen Symptomen ist besonders instructiv für die Theorie ocularer Störungen durch vasomotorischen Mechanismus. Interessante Thierexperimente erläutern die Abhängigkeit der retrobulbären Blutfülle, damit des Exophthalmus von nervösem Einfluss und zugleich die Unabhängigkeit des retrobulbären Gefässsystems von dem des Augenhintergrundes. Auf die Wichtigkeit individueller Verschiedenheiten und die Complicirtheit der betr. Bahnen wird übrigens speciell aufmerksam gemacht.

Bei experimenteller Prüfung der Wirkung der Sympathicusreizung resp. Durchschneidung auf die Weite der Retinalgefässe (bei Kaninchen) fanden Verf. bei ersterer prompte Verengerung, bei letzterer später eintretende Erweiterung. Wirkung des Amylnitrit war bei Menschen und Kaninchen immer Erweiterung der Retinalgefässe, beim Frosch Verlangsamung des Blutstromes in der Hyaloidea.

Weitere Experimente wurden unternommen, um festzustellen, ob auch vom Rückenmark aus das Caliber der Netzhautgefässe zu beeinflussen sei. Verf. fanden in der That in einigen Experimenten bei faradischer Reizung des Rückenmarkes an verschiedenen Punkten Erweiterung, einmal Verengerung der Retinalgefässe; beim Frosch Verlangsamung bis zu fast völligem Stillstand des Blutstromes in der Hyaloidea. Dass dieser Effekt auf Herabsetzung der Triebkraft des Herzens beruhe, wurde durch die neuerdings schwierige Controle sehr unwahrscheinlich; derselbe blieb auch aus bei starker peripherer sensibler Reizung.

Digitized by Google

Die Verf. vergleichen den Einfluss der Rückenmarksreizung auf die Retinalgefässe mit dem von Basch nachgewiesenen analogen der Splanchnicusreizung und machen darauf aufmerksam, dass die Wirkung gerade entgegengesetzt ist der durch Reizung des Halssympathicus zu erzielenden. Auf eine Erklärung der Differenz verzichten Verf. im Hinblick auf die complicirten Verhältnisse und begnügen sich, eine irgendwie vermittelte Beeinflussung des Gefässgebietes der Retina vom Rückenmark aus festgestellt zu haben.

Es wurde ferner versucht, mit Rücksicht auf die Fälle spinaler Verletzungen und acuter Rückenmarkserkrankungen mit Opticuscomplication, ob durch experimentelle Rückenmarksläsionen Veränderungen am Opticus zu erzeugen wären, doch gelang dies weder durch grobe mechanische Erschütterungen, noch durch galvanokaustische Läsionen des Rückenmarks.

Es folgt eine detaillirte Besprechung der klinischen Bedeutung der spinalen Symptomentrias am Auge: Opticusaffection, Pupillenstarre, Augenmuskellähmungen. Bezüglich der spinalen Opticusaffection wird besonders der Uebergang von entzündlichen Vorgängen in Atrophie und die Möglichkeit betont, dass auch die als primär erscheinende Atrophie mit neuritischen Prozessen begonnen haben könne. Zu trennen ist diese spinale Opticusaffection von der Betheiligung der Sehnerven bei multipler Sclerose, von der meningitischen und descendirenden Form.

Charakteristisch ist für die spinale (tabetische) Atrophie die Störung des Farbensinns und der eigenthümliche Gesichtsfelddefekt; doch kommen auch Fälle spinaler Atrophie mit intaktem Gesichtsfeld vor, so dass ein nach dieser Richtung negativer Befund nicht verwerthet werden kann. Bemerkenswerth ist ferner das bei spinaler Ataxie häufige Missverhältniss zwischen Beeinträchtigung des Gesichtsfeldes und centraler Sehschärfe. Gerade für die Farbensinnstörung bei spinaler Atrophie ist die Unwahrscheinlichkeit einer cerebralen Miterkrankung und die directe Abhängigkeit von der peripheren Opticusaffection evident zu demonstriren.

Bei Erörterung der spinalen Pupillenphänomene kommen die Verf. zu dem Schlusse, dass die reflectorische Pupillenstarre und spinale Myosis mit erhaltener Convergenzreaction, wie Erb lehrt, abhängig sei von einer Störung im Reflexbogen zwischen Opticus und Oculomotorius.

Es sei aber nicht etwa auf einer solchen Bahn ein eigener materieller Erkrankungsherd zu suchen, sondern es handle sich nur um eine secundäre functionäre Störung, deren Ursache weitab im Rückenmark liegt und nur dadurch auf das opticooculomotorische Reflexverengerungscentrum der Pupille eine indirecte Wirkung ausübt, dass sie es allmählich ausser Function setzt, in Folge des direct aufgehobenen Einflusses der dilatirenden Kräfte. Der Wirkung der Ausschaltung einer die Pupille bewegenden Kraft auf die antagonistische wird überhaupt grosses Gewicht beigelegt und deren Einfluss für die Erklärung verschiedener anormaler Pupillenreactionen verwerthet.

Auch für die Augenmuskellähmungen versuchen die Verf. eine directere Abhängigkeit vom Rückenmark wahrscheinlich zu machen. Könnte man auch in einzelnen Fällen nach der Analogie mit den syphilitischen Augenmuskellähmungen an periphere Läsionen ähnlicher (übrigens keineswegs genügend klargestellter) Natur denken, in anderen an die Mitbetheiligung spinaler Wurzeln von Augenmuskelnerven, so würden doch für die meisten Fälle diese Annahmen keine genügende Erklärung geben. Selbst hier denken die Verf. an locale vasomotorische Störungen, die von primären Erkrankungsherden im Rückenmark ausgingen und Augenmuskelnervenzweige beträfen. Als Stütze für diese Hypothese werden angeführt cerebrale Störungen, die im Verlauf von Spinalkrankheiten beobachtet werden und die durch vom Rückenmark ausgehende vasomotorische Einflüsse zu erklären sind, — Fälle von Tabes mit bulbären Störungen.

Digitized by Google

Am Schlusse ihrer Arbeit machen die Verf., indem sie sich entschieden für Erb's Lehre von der causalen Wichtigkeit der Syphilis bei der Tabes aussprechen, darauf aufmerksam (unter Anführung von zwei Beispielen), dass häufig Augenmuskellähmungen specifischer Natur von spinalen Symptomen begleitet und daher als spinal vermittelte aufzufassen seien. Eisenlohr (Hamburg).

Pathologische Anatomie.

6) **Ueber eine eigenthümliche Bildungsanomalie des Hirns und Rückenmarks. Sekundäre Erkrankung beider Organe** von Prof. Fürstner und Dr. Zacher. (Archiv für Psychiatrie. Bd. XII. Heft 2, p. 373.)

Unter dem Bilde einer Dementia paralytica verlief auf der Heidelberger Irrenklinik ein Fall (— Arbeiter Dobler, 50 Jahre, war 14 Jahre beim Militär gewesen, von Jugend auf linkshändig, hatte zwei gesunde Kinder —), den die Verfasser in Bezug auf die Rückenmarksanomalie wohl mit Recht als Unikum bezeichnen. In der Paralyse entstand starke Sprachstörung, wiederholt rechtsseitige Convulsionen, links Paresen.

Die Obduction ergab einen starken, offenbar congenitalen Defect der linken Grosshirnhemisphäre, bewirkt durch einen „im Bereich des Stirnhirns zwischen Dura und Pia gelegenen Sack mit klarer Flüssigkeit". — Links die Fiss. Sylvii eine breit offenliegende Furche; Stirnlappen stark seitlich abgeflacht, nur der Gyrus rectus basalwärts, der übrige Orbitaltheil lateralwärts gerichtet; untere linke Stirnwindung äusserst dünn und schmal; operculum sehr reducirt. Sulcus front. sup. erstreckt sich bis in die stark geschlängelte Centralfurche. Windungen des Hinterlappens links kleiner und zahlreicher, dagegen Gyrus fornicatus weitaus stärker als rechts. Sonst ausser Granularependym der Ventrikel nichts Abnormes (vrgl. Schüle, Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 26, Heft 3).

Das höchst merkwürdige Rückenmark hatte einen einfachen Dura- und Arachnoidealsack. Im untersten Brust- and obersten Lendentheil eine unregelmässige 4—5 cm lange Verdickung. Auf Querschnitten ergab sich — ausser Asymmetrien der grauen Substanz im unteren Brusttheile — dass im Lendentheile sich auf der rechten Seite des Rückenmarks allmählich ein vollständiges zweites Rückenmark heranbildete, sodass „entsprechend dem obersten Theil der Lendenanschwellung uns die Querschnitte 2 vollständig entwickelte Rückenmarke von ungefähr gleicher Grösse zeigen, die in allen ihren Theilen differenzirt und durch eine schmale nervöse Zwischenschicht von einander getrennt sind." Das ursprüngliche Rückenmark verjüngt sich dann rasch, verschwindet in der Höhe des 4. N. lumb., während das hinzugekommene zweite in normaler Configuration bis zum Ende gelangt.

Aus allen 8 grauen Hörnern entspringen Wurzelfasern. (Nahe liegt der Vergleich mit dem geheilten Schrägbruche eines Röhrenknochens, dessen Bruchenden sich gegen einander verschoben haben. Ref.)

In diesem Rückenmark fand sich nun ausserdem: 1. von oben bis unten graue Degeneration der Hinter- und Pyramidenseitenstränge. 2. Ein frischerer, myelitischer Prozess besonders in der Peripherie der Vorder- und Seitenstränge des Hals- und Brusttheils. Hadlich.

7) **Anatomische Untersuchungen über das Verhalten der Ciliarnerven nach der Neurotomia optico-ciliaris** von Dr. Fedor Krause, Assistenten an Prof. Hirschberg's Augenklinik. (Aus der Berl. med. Gesellschaft. Sitzung vom 14. December 1881.)

Es wurden vier Augäpfel untersucht, die verschieden lange Zeit (2, $3^1/_2$ Monate $1^1/_2$ und 2 Jahre) nach der Neurotomie enucleirt werden mussten. Nach 2 Monaten findet

Digitized by Google

man auf Schnitten, welche die Sclera in ihrer ganzen Ausdehnung betreffen, einmal die ursprünglichen peripheren Nervenenden in atrophischem Zustande vor, ferner schon neugebildete Nerven, die von den normalen sich hauptsächlich durch grösseren Kernreichthum unterscheiden. In den später enucleirten Fällen fanden sich nur neugebildete Nerven und zwar besonders in einem Fall in stark vermehrter Zahl. Die überwiegende Mehrzahl dieser neugebildeten Nerven besitzt einen viel kleineren Durchmesser, als er in der Norm vorkommt. Es braucht daher nicht nothwendiger Weise bei der Neubildung eine Vermehrung der Nervenprimitivfasern stattgefunden zu haben. Die letzteren sind nur in anderer als der normalen Gruppirung von den centralen Stümpfen aus in den Bulbus hineingewuchert und haben Bahnen eingeschlagen, auf denen sie am leichtesten vorwärts kommen konnten. Eine Vermehrung der Nervenfasern kann jedoch immerhin auch stattgefunden haben.

M.

Pathologie des Nervensystems.

8) **Zur Casuistik der Hirnrindenläsionen** von Dr. Richter (Dalldorf). (Aus der Sitzung der Berl. Gesellsch. für Psych. und Nervenkrkht. vom 12. December 1881.)

Der Kranke hatte bereits 1878 Schmerzen in der linken unteren Extremität. Vom April 1881 ab Verengerung der linken Pupille und vom Mai desselben Jahres ab Ungleichmässigkeiten der Innervation des linken Facialisgebietes. Im April 1881 bei geringen Temperaturerhöhungen unverhältnissmässig hohe Pulsfrequenzen. Im Juni bekam er, als er wegen linksseitiger Pleuritis im Bette lag, clonische Convulsionen beider linken Extremitäten und Zuckungen im linken Facialisgebiet mit nach links gewendetem Kopfe; darnach starren und schliesslich complete motorische und sensible Lähmung beider linker Extremitäten bei vollständig erhaltener Motilität und Sensibilität rechts. Auch der linke Facialis war in allen Zweigen gelähmt. Die Temperatur und namentlich der Puls waren exorbitant gestiegen. Drei und einen halben Tag nach diesen Convulsionen starb er und die Section ergab bei gleichmässiger Atrophie des Hirnes und sulziger Verdickung der Pia der Convexitäten, unter der aber die Hirnoberfläche sonst überall ganz glatt war, zwei vollkommen circumscripte macerirte Stellen (syphilitische Infiltrationen) ebenfalls der linken Convexität, während sich sonst im ganzen Gehirn und Rückenmark auch bei genauester Durchforschung Nichts auffinden liess, was obige Erscheinungen hätte erklären können, namentlich boten die Pia und die Nerven der Basis keine pathologischen Veränderungen dar. Die eine jener macerirten Stellen sass oben in der linken Präcentralfurche, die andere in der Mitte des linken Gyr. fornicatus. Bei der Durchsuchung des Gehirnes war leider die Medulla so zerschnitten worden, dass eine nachträgliche Untersuchung der Kreuzungsverhältnisse unmöglich war, so dass es unbewiesen blieb, ob der Fall einer jener seltenen war, bei denen gar keine oder nur eine unvollkommene Kreuzung stattfand.

M.

---

9) **Zur Casuistik der Hirntumoren** von Dr. Richter (Dalldorf). (Aus der Sitzung des psych. Vereins zu Berlin vom 16. Decbr. 1881.)

Der Mann war 1831 geboren, hatte das Tischlerhandwerk erlernt, fünf gesunde Kinder gezeugt. 1874 musste er wegen Zuckungen der Gesammtkörpermusculatur, die allerdings schon länger bestanden hatten, sein Handwerk aufgeben. 1878 mit dem Krankenschein: „Habituelle Epilepsie, Störungen in der intellectuellen Sphäre, namentlich des Gedächtnisses, alterirte Stimmung, Wuthausbrüche“ nach der Charité. Daselbst kam er in sehr erregtem Zustande an, hatte stossende Respiration, wurde laut und unruhig, bekam aber keinen Krampf, nur leichte epileptische Anfälle (jene

Digitized by Google

Zuckungen). Seine geistigen Kräfte hatten gelitten, er sprach wenig, wurde leicht erregt, bekam dann Singultus, war aufbrausend, gedächtnissschwach. Im Juni 1881 kam er zum zweiten Male nach der Charité und von da im August nach Dalldorf. Hier hatte er jene Zuckungen, beim Aufstehen und Gehen taumelte er etwas, bei geschlossenen Augen fiel er um, einen ausgesprochenen epileptischen Anfall hatte er nicht, ebenso keinen Wuthausbruch. Er hatte verwaschene Pupillen mit geschlängelten Venen und engen Arterien (es war ihm namentlich Morgens wie ein Schleier vor den Augen) zeitweise abgeschwächtes Gehör. Ohne Sinnestäuschungen und Wahnideen war er immer sehr beängstigt. Kein Sinneseindruck haftete: allgemeine Gedächtnissschwäche. Es wurde die Diagnose Tumor cerebri gestellt. Am 15. October sank er, nachdem er die ganze Zeit unverändert geblieben war, langsam um, Krämpfe löste er nicht aus und war die Athmung sehr erschwert und der Thorax fixirt. Complete sensorische Lähmung und motorische und sensible Lähmung der Extremitäten. Temp. 35,5, Puls 50, Resp. 25. Tod am 16. October Abends. Sect. $16^1/_2$ Std. p. m. Gliom des Genu corp. call., des rechten Gyr. orbit. und der rechten Insel. Blutleere des Hirnes. Hyperämie der unteren Lungenlappen mit Blutaustritt in die Alveolen. — Aëtiolog. des Tumor unbekannt, namentlich kein Trauma. M.

---

10) **Aphasie, épilepsie Jacksonienne** von Sorel. (Rev. de Médec. 1881, p. 1011. December.)

Pat. stammt aus einer an Haemophilie leidenden Familie, hatte selbst früher Blutungen. Nach Vorausgehen von Kopfschmerz, epileptischer Anfall, nach einigen Tagen complete Aphasie. Weiterhin theils auf klonische Krämpfe des untern Facialisgebiets der Kiefer- und Zungenmuskeln beschränkte mit Drehung des Kopfes und der Augen nach rechts einhergehende Anfälle, theils verbreitete Convulsionen. Keine Lähmungen. Allmähliche Besserung, so dass nach 3 Wochen die Sprache wiederhergestellt ist. Nach dem Verlaufe nimmt S. trotz der ohne Chiningebrauch erfolgten Heilung die Möglichkeit einer Infection durch Sumpfgift an. Die Temperatur schwankte 6 Tage lang zwischen 39,2 und 37,5. Moeli.

---

11) **Paralysis agitans posthemiplegica** von Dr. Auerbach (Cöln). (D. med. Wochenschr. 1882, Nr. 2.)

Ein 62jähriger Mann war vor 10 Jahren von linksseitger Hemiplegie ohne Betheiligung des Facialis und der Sprache befallen. $^3/_4$ Jahre später Zittern im gelähmten linken Arm, dann im linken Bein, 8 Jahre später Zittern im rechten Arm und bald darauf im rechten Bein, dem sich dann auch Zittern im Kopf und Unterlippen anschloss, so dass jetzt das Bild hochgradiger universeller Paralysis agitans. Sensibilität intact. M.

---

12) **Tabes dorsalis** von Privatdoc. Dr. Strümpell in Leipzig. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 127.)

Durch die Befunde an 10 genau untersuchten Fällen von Tabes, von denen mehrere initiale Stadien betrafen, einer 21 Jahre bestanden hatte, kommt St. zu dem Schluss, dass die Tabes eine Erkrankung verschiedener im Rückenmark, Gehirn (Opticus, Oculomotorius), möglicher Weise sogar in der Peripherie gelegener Fasernsysteme ist, zwischen welchen irgend eine Analogie in den Verhältnissen der Ernährung oder Entwickelung besteht, so dass gerade diese Fasern durch dieselben krankmachenden Schädlichkeiten (z. B. Lues?) zur Atrophie gebracht werden, dass die Tabes also eine combinirte Systemerkrankung darstellt. (Die ausführliche Arbeit wird demnächst erscheinen.) M.

Digitized by Google

13) **Ueber Gelenksaffectionen bei Tabes dorsalis** von Dr. Seeligmüller in Halle. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 140).

Eine 48jährige Frau, welche seit sieben Jahren an allen möglichen Erscheinungen der Tabes, namentlich auch an heftigen „Crises gastriques" gelitten hatte und seit zwei Jahren dauernd an das Bett gefesselt war, erwachte eines Morgens im Juni 1880 mit einer hochgradigen Anschwellung des linken Kniegelenkes, ohne dass locale Entzündungserscheinungen, wie Schmerz, Röthung, Hitzegefühl oder Fieber vorhanden gewesen wären. Am 23. August zu einer Zeit, wo die Geschwulst sich bereits wesentlich vermindert hatte, zeigte das linke Kniegelenk immer noch einen Umfang von 34·8 cm, das rechte dagegen von nur 29,5 cm. Bei passiven Bewegungen, welche ohne jede schmerzhafte Empfindung ausgeführt werden konnten, fühlte man deutliche Crepitation. Als Patientin am 30. September desselben Jahres starb, ergab die Autopsie eine beträchtliche Menge seröser Flüssigkeit mit wenigen Eiterflocken und mehreren markgrossen schwartenartigen Fibrinschollen. Der Knorpelüberzug des Gelenkes hatte, obwohl die Section bereits 12 Stunden post mortem gemacht wurde, nicht das normale bläulichweisse, milchglasähnliche Aussehen, sondern derselbe war von gelblicher Färbung, hie und da missfärbig und zum Theile schwach geröthet. An der Oberschenkelgelenksfläche fand sich hochgradige Usur des Knorpelüberzuges, welcher letztere auch an den Gelenksflächen der Tibia und Patella deutlich verdünnt war. Die usurirten Stellen an der Gelenksfläche des Femur zeigten zackige, ausgefranste, ziemlich lebhaft geröthete Ränder und einen missfärbigen vertieften Grund.

Für den spinalen Ursprung der Gelenksaffection spricht:

1. Die relative Häufigkeit von Gelenksleiden bei Tabetikern;

2. Die eigenthümliche Art des Auftretens der Gelenksaffection ohne örtliche und allgemeine Entzündungserscheinungen;

3. das Coincidiren mit anderen nervösen Symptomen, Anfälle von lancinirenden Schmerzen, Crises gastriques, Herpes zoster auf der das befallene Gelenk bedeckenden Haut; schliesslich

4. das gleichzeitige Vorhandensein von Atrophie und Brüchigkeit der Knochen.

Als locus laesionis sind wahrscheinlich nicht die grauen Vordersäulen, welche in dem vorliegenden Falle entartet waren, sondern wahrscheinlich die Gegend des Vagusursprungs im verlängerten Mark anzusehen (Buzzard).

---

14) **De l'hemiplégie des ataxiques** de M. Deboue. (Progr. médic. 1881. Nr. 52, 53).

Verf. berichtet über einen Tabeskranken, bei dem eine Fractur des Oberschenkels beim Umdrehen im Bett und einige Jahre später eine nach 14 Tagen verschwundene rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie auftraten. Als Ursache für eine wenige Monate vor dem Tode zu den Erscheinungen der Tabes hinzukommende dauernde rechtsseitige Lähmung, welche mit Ptosis einherging, fand sich ein vorzugsweise in der linken Brückenhälfte gelegener Erweichungsherd. Derselbe hatte secundäre Degeneration der entsprechenden Pyramidenbahnen veranlasst. Im Gehirn sonst nichts Abnormes. In einem zweiten Falle von Tabes verschwand rechtsseitige Lähmung und Aphasie nach $1^1/_2$ Jahren. Verf. schliesst noch weitere Beobachtungen französischer Autoren an, z. Th. solche, in denen auch die Sensibilität halbseitig gestört war. Er hebt bei dem Versuche die „hémiplégie tabétique" zu characterisiren hervor, dass die Erscheinungen meist in frühen Stadien wie die Augenmuskellähmungen, dass sie plötzlich aber ohne Bewusstseinsverlust einträten, rasch vorübergingen und dass makroskopisch eine Gehirnläsion darnach nicht zu finden sei.

Bei dem ersten Falle war auf der Seite der secundären Degeneration der Pyramidenbahn keine Contractur eingetreten, die Sehnenphänomene blieben erloschen wie in den Fällen combinirter Erkrankung der Seiten- und (Lendenmarks) Hinterstränge

Digitized by Google

von Westphal. Ausser einer früheren Beobachtung von Buzzard berichtet Verf. eine weitere von Ballet, bei der der Tabeskranke trotz der Hemiplegie (alter Gehirnherd mit secundärer Degeneration der Pybahn) kein Kniephänomen, nur eine leichte Contractur im gelähmten Beine dargeboten hatte. Moeli.

---

15) Initiale Localisation der progressiven Muskelatrophie von Dr. Seeligmüller in Halle a. S. (Tagebl. der Naturforschervers. zu Salzburg, p. 141.)

S. hält sowohl den centralen, als den peripheren Ursprung der progr. Muskelatrophie für möglich. Von initialer Localisation hat er 28 Fälle beobachtet; (Bode, Inauguraldissertation), von denen 13mal die Atrophie an der Hand, 6mal am Arm, 6mal an der Schulter und 3mal an den untern Extremitäten begann. Von den brachial beginnenden Fällen betraf der eine einen 30jährigen Arzt, der beim Versuch einer schweren Wendung den rechten Vorderarm in utero haltend von einer heftigen Wehe überrascht wurde, dass er laut aufschrie und der Meinung war, dass der Arm gebrochen sei. Es entwickelte sich an der Druckstelle des rechten Vorderarms und an der entsprechenden des linken rapider Schwund des Ext. carp. rad. long.

Bei zwei Bergleuten, die bei ihrer Beschäftigung beständig auf der linken Körperseite lagen, ging die Atrophie von den Druckstellen des linken Oberarmes (Delt. u. Triceps) aus und schritt rapid auf Brust- und Rückenmuskeln fort.

In einem Fall verlief tertiäre Syphilis vollständig unter dem Bilde der progr. Muskelatrophie. Neben excessiver Abmagerung beider Oberschenkel bestand hochgradige Knochensyphilis. Nach einer energischen Schmierkur (5 Gramm pro die) und Jodkalium wurden nach 3 Monaten unter Verschwinden der Knochenauftreibungen und Exostosen die Oberschenkelmuskeln wieder nahezu normal. M.

---

16) Case of injury to the cervical portion of the sympathetic Nerve in removing a sarcoma von Chavasse. (British med. Journ. No. 1094 v. 17. Decbr. 1881.)

Die Geschwulst hatte sich bei einem 6jährigen Mädchen in der Gegend der rechten Gland. submaxill. entwickelt, nach der Operation, bei welcher der Symp. abgelöst werden musste, die rechte Pupille stecknadelkopfgross. Nach 3 Tagen: unregelmässig contrahirte Pupille, auf Licht eine Spur Reaction, auf Atropin Erweiterung; die rechte Lidspalte etwas enger. Noch nach Monaten besteht grössere Enge der Pupille rechts bei sonst normalem Verhalten des Auges. Moeli.

---

17) Ueber Amaurose nach Blutverlust von Prof. Dr. Hirschberg. (Arch. f. klin. Medicin, IV. 1. 2. p. 216. 1882.)

Ein 52 Jahr alter, an Carcinoma ventricul. leidender Mann, zeigte 3 Tage nach wiederholtem heftigen Blutbrechen, in Folge dessen hochgradigste Anaemie, fadenförmiger Puls u. s. w. auftrat, während jedes Auge noch gewöhnliche Druckschrift las: weissliche Trübung der linken, deutliche Entzündung der rechten Papilla optica. Am 5. Tage nach dem Blutverlust rechts = Amblyopie, am 8. Tage rechts $S = {}^1/_{30}$ links ${}^1/_6$, rechts hochgradige, links leichte Neuro retinitis. Am 10. Tage: Amaurose rechts, am 14.: fast nur noch Sehnervenatrophie rechts, links nahezu normal. $3{}^1/_2$ Jahr später geht der Kranke nach wiederholtem Blutbrechen zu Grunde. Die vorher untersuchten Augen ergeben rechts: Amaurose, Pupille erweitert, auf Licht nicht reagirend, Sehnerv vollkommen atrophirt, links; sehkräftig, Sehnerveneintritt etwas weisslich.

Die anatomische Untersuchung ergiebt vollständige Atrophie des rechten Sehnerven, in dem keine Spur von Sehnervenfaserbündeln erhalten. Das überaus kernreiche Ersatzgewebe an der Pupille deutet auf die vorangegangene starke Entzündung.

Digitized by Google

Links zeigt der Sehnerv nur eine unscheinbare Rindenatrophie, die nahe dem Augapfel erheblich an Ausdehnung zunimmt.

Die von verschiedenen Autoren vermuthete Blutung in den Scheidenkanal in solchen Fällen wurde nicht gefunden. Wodurch im Gefolge eines Blutverlustes eine so verderbliche Entzündung der Papilla und umgebenden Netzhaut zu Stande kommt, die weiterhin eine aufsteigende Entartung der Sehnerven nach sich zieht, lässt sich bis jetzt noch nicht sagen. M.

---

18) Contribution à l'étude des Paralysies spontanées du plexus brachial von M. Lannois. (Rev. de Médec. 1881, pag. 988. December.)

Ein 23jähriger Soldat schlief in kalter Umgebung mit unter den Kopf geschlagenen Armen. Am andern Morgen totale Anaesthesie des linken Vorderarms und der Hand und eine Lähmung, welche Verf. nach 5 Monaten noch in gleicher Weise constatirte. Dieselbe betraf die Hand- und Vorderarmmuskeln in verschieden hohem Grade, der Supin. long. war kaum befallen. Die Muskeln zum Theil besonders am Daumen- und Kleinfingerballen atrophisch. An diesen Stellen ergab auch die (unvollständige) elektrische Prüfung Herabsetzung der faradischen Contractilität. Bis auf kleine Stellen, an denen die Sensibilität bloss herabgesetzt war, ist die Sensibilität der linken Hand erloschen. Das Gefühl am Vorderarm für Berührung und Schmerz vermindert, für Wärme vorhanden. Kühle Temperatur der bläulich gefärbten Hand (4—7° Differenz gegen rechts). Bei Pilocarpininjectionen erscheint der Schweiss links später und weniger ausgiebig. Kein therapeutischer Erfolg.

Verf. nimmt eine Lähmung des Plexus mit Ausnahme der von Erb zuerst als zusammengehörig bezeichneten Fasern (für Deltoides, Biceps, Coracobrach. Supin. longus) und der Tricepsäste an. Als Bestätigung für die Zusammengehörigkeit der Nerven für die angeführten Muskeln berichtet er einen weiteren Fall, in welchem die Lähmung sich fast ausschliesslich auf diese Muskeln erstreckte, an denen auch Volumsveränderung und Herabsetzung der faradischen Erregbarkeit zu Tage trat.

Moeli.

Psychiatrie.

19) On mirror-writing and its relation to left-handness and cerebral disease von W. Ireland. (Brain, October 1881.)

Verf. bringt interessante Beobachungen über Spiegelschrift bei Kindern. Ein schwachsinniges Mädchen mit angeborener rechtsseitiger Hemiplegie begann, als sie Schreibunterricht bekam, mit der linken Hand sofort Spiegelschrift zu schreiben. Ein anderes schwachsinniges, linkshändiges Mädchen liess dasselbe beobachten, konnte aber nach und nach daran gewöhnt werden, rechtshändig und wie gewöhnlich zu schreiben. Spiegelschrift brachte sie nur mit der linken Hand zu Stande. Ein zwölfjähriger Idiot brauchte beim Schreibunterrichte sofort die linke Hand und lernte nichts als Spiegelschrift.

Beobachtungen in Schulen ergaben, dass bei der Aufforderung, mit der linken Hand zu schreiben, die linkshändigen Kinder Spiegelschrift schrieben, die rechtshändigen aber nicht. Ein linkshändiger Knabe schrieb auch beim Abschreiben gewöhnlicher Schrift Spiegelschrift und hielt dies für die richtige Kopie, ein linkshändiger Knabe las beim Lesenlernen zuerst die Worte nur von rechts nach links.

Verf. meint, dass bei linkshändigen Kindern eine physiologische Tendenz zur Spiegelschrift vorhanden sei, und schliesst mit theoretischen Betrachtungen über die Beziehungen dieser Erscheinung zum Gehirn, resp. der rechten Hemisphäre.

Gnauck.

Digitized by Google

20) Perverted sexual instinct von J. Krueg (Ober-Döbling). (Brain, October 1881.)

Zwei Fälle von conträrer Sexualempfindung, welche nichts Neues bieten. Verf. hält diese Störung für ein Degenerationszeichen und hebt hervor, dass sie bis jetzt bei Männern häufiger als bei Frauen gefunden worden ist. Gnauck.

---

21) Ueber die Entwicklung von Geisteskrankheiten aus Epilepsie von R. Gnauck. (Arch. f. Psych. XII. 2, p. 337.)

Verf. versucht an der Hand einer Anzahl von Beobachtungen der Frage nach dem Zusammenhang der Epilepsie resp. des epileptischen Irrseins mit anderen Geisteskrankheiten näher zu treten. Seine fünf Fälle stellen sich als Verrücktheit dar und betreffen sämmtlich seit Jahren an Epilepsie Leidende. Im ersten entwickelte sich unmittelbar nach einer Reihe von Krampfanfällen der Wahn, geschlechtlich missbraucht zu sein und weiterhin andere Verfolgungsideen, welche zeitweise stärker hervortraten (einige Male im Anschluss oder als Vorläufer von Krampfanfällen) und dauernd blieben. Im zweiten Falle entwickelte sich im Anschluss an Anfälle eine stuporöse Verrücktheit von monatelanger Dauer. In zweien der folgenden Fälle stimmten die andauernden Sinnestäuschungen und Wahnideen z. Th. inhaltlich mit denen überein, welche auch in den anfallsweisen Störungen auftraten (Verkehr mit Gott etc.) und an die die Pat. nachher eine Erinnerung nicht hatten. Verf. sieht es deshalb als höchst wahrscheinlich an, dass die in diesen Fällen der Verrücktheit und dem anfallsweisen epileptischen Irrsein zu Grunde liegenden Störungen eigentlich gleichartige seien. Dem epileptischen anfallsweisen Irrsein wurde sein besonderer Charakter nicht durch den Inhalt und Form der Hallucinationen etc., sondern nur durch den abnormen Bewusstseinszustand verliehen. Moeli.

---

22) Mouvements de la pupille et propriétés du prisme dans les hallucinations provoquées des hystériques de M. Ch. Féré. (Progr. méd. 1881 No. 53.)

Bei zwei Hysterischen, welche sich während der Katalepsie Hallucinationen einreden liessen konnte Verf. wahrnehmen, dass die Pupillen derselben weiter waren, wenn die Kranken einen hallucinirten Vogel anf einem Kirchthurm sitzen sahen und dass sie sich, wenn derselbe wieder dicht herangeflogen kam, gerade als ob für ein reelles Object accomodirt würde, deutlich verengten. Im gewöhnlichen Zustande wurde weder bei diesen Hysterischen noch bei anderen Kranken durch die Vorstellung naher oder entfernter Objecte eine Veränderung in der Pupillenweite hervorgerufen. Spiegelt man während des hypnotischen oder kataleptischen Zustandes den Kranken ein Bild vor, so sehen sie dasselbe doppelt beim Vorhalten des Prismas oder bei mechanischer Verschiebung eines Augapfels. Bei einseitig Farbenblinden konnte ein buntes Bild, das bei den Kranken hervorgerufen war, durch Vorhalten eines Prismas nicht verdoppelt werden. Moeli.

---

23) A Case of Puerperal Mania, ending in and apparently cured by an Epileptic Fit by T. B. Worthington. (Journ. of Ment. Sc., Oct. 1881.)

Eine bisher geistig gesunde 23jährige Frau wird kurze Zeit nach ihrer zweiten Entbindung tobsüchtig: collabirt bald. 14 Tage p. p. zwei Anfälle von Bewusstlosigkeit ohne Convulsionen. Bei ihrer Aufnahme, drei Wochen p. p., körperlich elend, Decubitus, aber sehr erregt schimpfend und gesticulirend. — Wechselnder Zustand, bald lauter, bald ruhiger. Allgemeinbefinden bessert sich. 9 Wochen p. p. starker echt epileptischer Anfall. Pat. kommt schnell zu sich, erwacht am nächsten Morgen vollkommen vernünftig. Erinnert sich, einige Stunden vor dem Anfall Kopfschmerzen

Digitized by Google

gehabt zu haben, über alles andere Vorhergehende fehlt ihr die Erinnerung. Einen Monat später, nachdem sich Nichts verändert, entlassen.

von den Steinen.

---

24) Beobachtungen über atypischen Verlauf und complicirende Herderkrankung der Rinde bei Dementia paralytica von Dr. H. Eickholt in Grafenberg. (Arch. f. Psych. XII. p. 433.)

E. beschreibt 2 Fälle von Paralysis progressiva, von denen der erste nach einem 1. Stadium, das unter dem Bilde der Melanchol. cum stupore verlief, eine ziemlich vollständige Remission und erst 30 Monate nach Beginn der Erkrankung maniacalische Zustände zeigte, und der zweite neben der diffusen Erkrankung eine Erweichung der Umgebung der linken Insel ergab. Auch in diesem zweiten bestand eine 15monatliche Remission. M.

---

25) Sclérose tubéreuse ou hypertrophique des circonvolutions. Idiotie complète von Bourneville und Bonnaire. (Le Progrès médical 1881. 17. Dec. Nr. 51.)

Bei einem $5^1/_2$jähr. congenital idiotischen Knaben, welcher aus neuropathischer Familie stammend, seit der Geburt vorübergehende paretische Zustände der Arme und des Halses und dauernde motorische Schwäche des Rumpfes und der unteren Extremitäten gezeigt hatte, auch vielfach von convulsivischen Anfällen tonischer Natur befallen wurde, fand sich bei der Section — das scrophulöse und rachitische Kind hatte an ulceröser Stomatitis und finaler Pneumonie gelitten — eine inselförmig auftretende „tuberöse oder hypertrophische" Sclerosirung der Hirnrinde und der Seitenventrikel. Diese buckelartig hervorspringenden Herde zeigen ein gleichmässig geglättetes Aussehen, eine weisse Färbung und im Allgemeinen abgerundete Form. Beim Betasten erscheinen sie allgemein von derberer Consistenz; über denselben lässt sich die Pia mater mit Leichtigkeit abziehen, leichter als an den übrigen Partien der Rinde. Sie finden sich über dem grössten Theil der convexen und medialen Fläche zerstreut, (die Verf. geben eine detaillirte Schilderung des Sitzes der einzelnen Herde, von denen der grösste einen Druckmesser von 3 cm besitzt) gehören also nicht einem der functionell abgrenzbaren Rindenbezirke allein an. (Die Verf. machen leider keine Angabe über die Tiefenausdehnung, welche diese Herde besitzen, ob sie der Hirnrinde allein angehören, oder auch die Marksubstanz betreffen, ob in den Ventrikeln nur die Ependymbekleidung oder die grauen Massen der Stammganglien an der Erkrankung Theil haben; ebenso fehlt die Mittheilung der histologischen Beschaffenheit derselben. Sie verweisen auf eine Arbeit von Brissaud im Arch. de Neurol. (Heft 3), welcher bei gleichartiger Beobachtung nachgewiesen habe, dass es sich bei diesem pathologischen Befunde um eine Bindegewebswucherung mit secundärer Atrophie der nervösen Elemente handle.

Nach Ansicht der Verf. sind diese Fälle selten und sind mit dem vorliegenden erst vier Beobachtungen mitgetheilt worden; die eine aus der Salpêtrière, die drei anderen von der Abtheilung für idiotische Kinder aus Bicêtre. Soweit sich aus der Beschreibung entnehmen lässt, handelt es sich aber hier um die gewiss nicht so sehr seltenen Fälle von congenital auftretender gewöhnlicher multipler Sclerose des Gehirns bei idiotischen Kindern; erst neuerdings sind zwei Fälle von Pollak (Arch f. klin. Medic. u. Arch. f. Psych.) beschrieben worden). Binswanger.

Digitized by Google

Therapie.

26) Nervendehnung nach Wirbelläsion von Dr. Riedel (Aachen). (Deut. med. Wochenschr. 1882. Nr. 1.)

An einen von Rosenbach bereits publicirten Fall von Myelitis transversa traumatica (Centralbl. f. Chirurg. 1881. Nr. 21) reiht R. zwei andere Fälle von traumatischen Affectionen der Wirbel an, in denen die Dehnung ausgeführt wurde. In dem ersteren war nach einer Fractur in der Gegend des zehnten Rückenwirbels eine Neuralgie des Cruralis aufgetreten, die durch Dehnung des Nerven geheilt wurde. Nach $1^1/_2$ Jahre kehrten die Schmerzen jedoch wieder.

In dem zweiten Fall war nach einem Trauma Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule vom zehnten Brustwirbel bis zum Kreuzbein, Anaesthesie beider unteren Extremitäten und der unteren Partie des Bauchs, Unmöglichkeit zu gehen, doch Möglichkeit, die Beine im Bett zu erheben, eingetreten, endlich fehlte der Patellar Sehnenreflex, wie die übrigen Reflexe an den unteren Extremitäten. Es wurden auf beiden Seiten, etwa 7 Monate nach dem Trauma, der Ischiadicus und Cruralis gedehnt (die Lähmung hatte sich vorher schon ein wenig gebessert). Zuerst kein Effect, 8 Tage später beginnende Besserung, Verschwinden der Anaesthesie, am 17. Tage stand Patient auf, ging umher, und 3 Tage später constatirte man das völlige Wiedereintreten des Sehnenreflexes. Der durch das Trauma hervorgerufene pathologisch-anatomische Process im Rückgratscanal (Blutungen, Meningitis adhaesiva oder Meningo-Myelitis traumatica) bleibt dunkel. M.

---

27) Sciatic Nerve stretching in Locomotor Ataxia. Harveian Society of London 17. XI. 81. Referat in „The Lancet" 24. XII. 81.

Cavafy berichtet über eine Dehnung des linken Ischiadicus bei wohlausgesprochener Tabes von $3^1/_2$ jähriger Dauer. Lancinirende Schmerzen waren erst in den letzten Monaten aufgetreten, sie hatten allen Mitteln widerstanden. Effect: für einen Monat Verschwinden der Schmerzen, deren Wiederkehr derselben in sehr geringem Grade und nur für wenige Tage. Keine Verminderung betreffs der Ataxie, der fehlenden KPh, der Myosis. Verheilung der Wunde trotz Antisepsis erst nach 6 Wochen. Nach 2 Monaten Tod in epileptischen Convulsionen und Coma. Section erwies ausgedehnte grosse Degeneration der Hinterstränge. — In 18 anderen Fällen (Verf.?), über die summarisch referirt wird, seien die Schmerzen beseitigt oder sehr gemildert worden. Die Ataxie soll in 4 Fällen vollkommem geheilt, in 7 auffällig, in 1 leicht vermindert worden sein, in den übrigen 6 wurde sie nicht beeinflusst. Verf. dehnt „in der Richtung des Rückenmarks" (?). Er ist der Meinung, dass auf dem Continent bei stärkerem Zuge mit „Langenbecks" (?!) Methode bessere Ergebnisse erreicht würden.

Ewart hat an einem 77jährigen Patienten mit Ataxie, der an sehr heftigen Schmerzen im linken Arm litt, „3 Nerven" gedehnt und, als keine Besserung eintrat, eine „zweite Operation" mit demselben negativen Erfolge gemacht.

von den Steinen.

---

28) Ueber Dehnung des Nerv. opticus von Dr. Hermann Kümmell, Assistenzarzt der chirurg. Abtheilung zu Hamburg. (D. med. Woch. 1882. Nr. 1.)

W. hat bis jetzt 7mal die Dehnung des Nerv. opticus am Lebenden ausgeführt. Es handelte sich meist um Patienten, die vollständig oder fast vollständig amaurotisch waren. Drei Fälle (9jähriges Mädchen mit Spondylitis der Brustwirbel und Sehnervenatrophie, 44jähriger Mann mit Sehnervenatrophie, und ein 45jähriger Tabetiker) werden etwas näher beschrieben. In dem zweiten Fall zeigte sich eine leichte

Digitized by Google

Besserung (ob dauernd?). Die Operation selbst erscheint als ein nicht erheblicher Eingriff, der ohne zu starke Reizung der Conjunctiva und des orbitalen Bindegewebes unternommen werden kann. Die Wirkung der Dehnung auf den Nerv. opticus tritt in stärkerer Füllung der Venen, vielleicht auch der Arterien hervor.

Blutungen sind weder in das intraoculare Ende, noch in die Retina erfolgt; Entzündung des Sehnerven ist nicht eingetreten. An der Leiche angestellte Versuche ergaben, dass kräftige Tractionen am Opticus deutliche Bewegungen über das Chiasma hinaus bis zum Eintritt des Tract. opticus in die Gehirnmasse hervorriefen. Im Ganzen erscheint der Bericht wenig ermuthigend. M.

---

29) Ozonisirte Luft, ein schlafmachendes Gas von C. Binz in Bonn. (Klin. Woch. 1882, Nr. 1 u. 2.)

Dem vielbesprochenen und vielgerühmten Ozon[1] wurde in der neueren Zeit jede therapeutische Bedeutung aberkannt. Die Versuche an Thieren, die mit Ozon angestellt wurden (schon 1841 von Schönbein, dann bis auf die neueste Zeit von einer grossen Zahl anderer Forscher, ergaben im Wesentlichen übereinstimmend: rasche Entzündung der Luftwege, Lungenödem, Tod. Nur Eulenberg (Handb. der Gewerb-Hygiene 1876, p. 93) fand einmal „Betäubung" bei einem Thiere. Binz fand jene Wirkung auf die Luftwege bestätigt bei zu kräftiger und langdauernder Einathmung; bei milder und kurzdauernder Anwendung fand er dagegen bei Fröschen, Kaninchen und ganz besonders bei Katzen Halbschlaf bis zur „Somnolenz". Der schlafähnliche Zustand tritt ein, ehe eine merkbare Reizung der Luftwege vorhanden ist, wie die sofortige Section vorher ozonisirter Thiere klar ergab. Das Blut ergiebt sich ebenfalls unverändert.

Die Versuche an Menschen wurden in folgender Weise angestellt: Zur Darstellung des Ozons wird eine Röhre für stille Entleerungen nach Werner Siemens benutzt, die von vier Bunsen'schen Elementen und einem Inductor versorgt wurden, der kräftige Funken von 2 Cm. Länge gab. Um die zu ozonisirende Luft zu filtriren und zu trocknen, wurde sie durch einen Chlorcalciumcylinder durchgeleitet. An den Ozonerzeuger schloss sich eine dünne Gasleitungsröhre, die frei in eine 1,4 Cm. im Lichte haltende, 12 Cm. lange zweite Glasröhre führte. Die letztere war an einer „Gesichtsmaske" befestigt. Um die ozonisirte Luft durchzutreiben, wurden an den Chlorcalciumcylinder zwei Kautschuckbälle angefügt. Die Versuchsperson lag horizontal mit erhöhtem Kopf.

Unter sechs Personen trat bei zweien bei verschiedenen Versuchen Schlaf, bei einer oberflächliche Einschläferung ein, nach einer Einathmung der ozonisirten Luft von 6—25 Minuten Dauer. Der Uebergang des wachen Zustandes in den schlummernden wird als Gefühl angenehmster Gleichgültigkeit, kurzer, gefälliger Traumbilder geschildert. Puls, Pupille, Gesichtsfarbe unverändert.

Nach dem Erwachen Kältegefühl und Ermüdung, aber nur wenige Minuten anhaltend. Das Erwachen erfolgt meist sehr schnell nach Oeffnung der Kette, zuweilen nach kurzer Schlaftrunkenheit. Bei zwei Personen trat kein Schlaf ein, wohl aber Gefühl der Behaglichkeit; bei einem 12jährigen Knaben nur Gefühl von Schwere in den Lidern. Bei zu kräftiger Ozonmenge zeigte sich Husten, Brechneigung, Würgbewegungen. „Wer zu wenig Ozon anwendet, wird nichts sehen, wer zu viel anwendet, wird nur giftige Wirkungen gewahren." Vorläufig wird man daher die Quantität ausprobiren müssen. Die Wirkung des Ozons auf das Gehirn erklärt viel-

---

[1] Ozon ist O_3, der gewöhnliche Luftsauerstoff O_2, der nascirende oder active Sauerstoff ist O, d. h. der Zustand der Einzelatome. Der elektrische Funke u. s. w. zersprengt den O_2 der Luft in $O + O_1$, einzelne der frei gewordenen Atome hängen sich an andre unzersetzt gebliebene Molecüle O_2 heran und bilden Ozon.

Digitized by Google

leicht die Erfolge, die man bei nervöser Reizbarkeit und bei Schlafmangel, in der an Ozon besonders reichen Luft von Meran, in Gradirwerken, in Wäldern, alpinen Gebirgen erlangt. Wenn man auch die ozonisirte Luft wegen seiner unzuverlässigen und äusserst flüchtigen Wirkung weder als Schlafmittel, noch an Stelle des Stickoxyduls zu chirurgischen Zwecken wird brauchen können, so fordert die Rehabilitirung des reinen und stark verdünnten Ozons zu weiteren Versuchen auf. M.

Forensische Psychiatrie.

30) **Gutachten über den geistigen Zustand des wegen versuchten Brudermordes in Untersuchung befindlichen Schuhmachergesellen Otto Gotthold Th.** von Dr. A. Köhler, Anstaltsdir. in Colditz. (Virteljahrschr. f. ger. Medicin 1882, p. 1).

Otto Th. kommt eines Nachmittags in die Anstalt zu Colditz, angeblich um seinen seit vier Jahren daselbst befindlichen Bruder, welcher an secundärem Blödsinn mit Erregtheit leidet, zu besuchen; in Gegenwart des Aufsehers feuert er nun nach kurzem Gespräche aus einem zum Vorschein gebrachten sechsläufigen Revolver zwei Schüsse auf seinen Bruder und dann vier auf sich selbst. Eine dieser Wunden, welche er sich beigebracht, ist in die Brusthöhle eingedrungen; die Behandlung in der Anstalt wird dadurch erschwert, dass er sehr unruhig ist und mehrere Selbstmordversuche vornimmt, doch kann er nach Ablauf von 19 Tagen die Anstalt verlassen. Der Bruder war nur unbedeutend verletzt worden.

Der Thäter, $23^3/_4$ Jahr alt, stammt aus einer Familie, in welcher schon mehrfach geistige Störungen vorgekommen sind; sämmtliche vier Geschwister sind psychisch abnorm; sie sollen auch sämmtlich, einschliesslich der Schwester, stark onanirt haben. Otto Th., der früher ein lebenslustiger Mensch, Mitglied verschiedener geselliger Gesellschaften gewesen ist, war seit Jahresfrist in Grübelsucht, Selbstvorwürfe, unbegründete Selbstpeinigungen verfallen, dazu hat sich Gefühl von Mattigkeit und Kraftlosigkeit hinzugesellt, so dass schliesslich der Gedanke an Selbstvernichtung bei ihm immer tiefere Wurzel gefasst hat. Unausgesetzt hat ihn dabei der Gedanke an das Geschick seines geisteskranken Bruders beschäftigt und es ist allmählich, unter unaufhörlichen Selbstanklagen, der Entschluss, ihn und dann sich selbst zu tödten, zur Ausführung gelangt. Gleich nach der That, und auch später, hat er als deren Grund die Absicht angegeben, „sich und die Eltern von dem Uebel zu erlösen"; sie seien sämmtlich durch die Onanie unglücklich und der Vater könne die Kosten für die Verpflegung bei den schlechten Zeiten nicht mehr erschwingen; er (selbst) sei zu dem verbrecherischen Zwecke ausschliesslich nach Colditz gereist. Th. hat nach der That keinen Augenblick der Reue und der Selbstvorwürfe gezeigt, sondern nach wie vor in dem Gelingen der That eine Erlösung seines Bruders und seiner Eltern erblickt, obwohl er wiederholt das Unerlaubte seines Gebahrens zugestand. Inzwischen ist er theilnahmloser, ausdrucksloser geworden, kurzum erblödet.

Demgemäss ist er schon vor der That geistig gestört gewesen und letztere muss im Sinne des § 51 des Reichsstrafgesetzbuches beurtheilt werden. — Von einer Strafverfolgung wurde abgesehen. Falk.

III. Personalien.

1) Ende December starb, 84 Jahr alt, in St. Mandé Bierre de Boismont, bekannt durch eine grosse Reihe psychiatrischer Abhandlungen, die meist in den Annal. méd. psycholog. veröffentlicht sind. Wir heben hervor seine Arbeiten über Folie du Suicide, über Hallucinationen, über Délire aigu.

Digitized by Google

2) Die Stelle eines Directors und Primararzt an der Irrenanstalt Feldhof bei Graz ist zu besetzen. Jahresgehalt 2400 fl. ö. W. und 240 fl. Zuschuss nebst Naturalwohnung u. s. w. Meldungen bis Mitte Februar 1882 an den steiermärkischen Landesausschuss in Graz.

(Berl. Klin. Woch. 1882 No. 2.)

IV. Vermischtes.

1) Insanity in New South Wales. (Med. Times and Gazette, 24. Decbr. 1881.) Nach dem Bericht von Dr. Manning für das Jahr 1880 kommt in Neu-Süd-Wales auf 367 Einwohner 1 Geisteskranker (in England 1879 357 : 1), Gesammtzahl in den Anstalten 1964. Die Aufnahmen in die Irrenanstalt sind besonders häufig bei dem Herannahen des Sommers, während sie abnehmen gegen den Winter hin. Die Sterblichkeit ist erheblich geringer, als in England, während sie hier 10,14 Proc. beträgt, erreicht sie in Neu-Süd-Wales nur 6,92 Proc. M.

2) Die Irrenanstalt Wehnen (Oldenburg) hat nach Bestimmung des Staatsministeriums mit dem 1. Januar d. J. ihre Verpflegungssätze geändert. Dieselben betragen pro anno 1. Klasse Inländer 1400 bis 1700, Ausländer 1700 bis 2000 Mark. 2. Klasse Inländer 900, Ausländer 1100 Mark. 3. Klasse 450 Mark. Das Verpflegungsgeld ist $^1/_4$jährlich vorauszubezahlen.

3) In der Sitzung des Municipalraths von Paris vom 19. December 1881 kam ein höchst trauriger Vorfall aus dem Bicêtre, Abtheilung für idiotische und epileptische Kinder (Director Dr. Bourneville, der übrigens gleichzeitig auch Mitglied der Municipalität ist) zur Sprache. Ein Wärter hatte im Laufe mehrerer Monate unsittliche Attentate auf 8 solcher unglücklichen Kinder ausgeführt; drei von diesen wurden syphilitisch. (Le Progrès médical v. 24. Decbr. 1881.)

4) Die Homoeopathen in Massachusset machen Anstrengung, für diesen Staat eine Irrenanstalt mit homoeopathischer Behandlung zu erhalten. Die Cincinati Lancet vom 3. December 1881 bemerkt dazu: „warum nicht? Similia similibus curantur!"

5) In der Sitzung der Société de Biologie zu Paris vom 24. December 1881 berichtete Dumontpallier über eine Kranke, die er hypnotisirt hatte und die auf der linken Hälfte der Stirn eine Metallplatte trug. Bei derselben konnte er durch einfache Fixation des Blickes auf gewisse Muskeln Contraction hervorbringen. Bei derselben konnte er cataleptische Erscheinungen durch Anwendung eines Blasebalges erzielen.

Während die Kranke im Halbschlafe schreibt, spricht u. s. w., kann man durch Berühren mit dem Finger oder, indem man den Blick gegen die Region der 3. linken Stirnwindung richtet, sofort die Hypnotisirte zum Schweigen bringen. Berührt man mit der Spitze des Fingers die Gegend des gyr. frontal. ascend., so erhebt sie den Arm u. s. w. An diese Mittheilung knüpfte sich auffallender Weise eine längere Diskussion, an der auch Charcot Theil nahm, selbstverständlich nur, um zu warnen. (Le Progrès médical No. 53. 1881. 31. Decbr.)

6) In den 7 Irrenanstalten von Neu-Seeland befanden sich am 1. Januar 1881 1125 Geisteskranke (1873 : 540), Verhältniss zur Bevölkerung 1 : 435 (in England 1879 : 357). 38 % der Männer und 11 % der Frauen waren in Folge von Alkoholexcessen geisteskrank geworden (in England wird in 15 % der Fälle Alkoholmissbrauch als ätiolog. Moment angegeben). Die Anstalten sind alle überfüllt, die grösste hat 315, die kleinste 22 Patienten.

(British med. Journ. 24. Decbr. 1881. p. 1033.)

7) Die Zahl der Geisteskranken in England und Wales betrug am 1. Januar 1880 73113 (1922 mehr als im Vorjahre). Von diesen waren 7741 Private, 65372 arme Kranke. Die Zahl der Todesfälle betrug 4498 (2487 Männer 2011 Frauen) d. h. 11,1 % für Männer, 7,61 % für Frauen. Die Zahl der Todesfälle ist mehr als 1 % geringer als im Vorjahre. Die Zahl der Heilungen betrug 37,06 % der Aufnahmen bei den Männern, 43,28 % bei den Frauen. In den Criminal Lunatic Asylum befanden sich 491 Kranke.

(British med. Journ. 1881. 24. Decbr. p. 1030.)

Mit bestem Dank empfangen: (Referat in No. 3) 1. Reumont: Syphilis und Tabes dorsalis. Aachen 1881. 2. Riegel: Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes. 3. Sitzungsbericht der Gesellsch. zur Beförd. der ges. Naturwissenschaften von Marburg. Nr. 4. 1881. 4. Ricerche sperimentali sull' azione fisiologica e terapentica della Cocaina Comunicazione preventisa von Prof. E. Morselli e Dott. G. Buccola. 5. Nuove Ricerche sulla durata della localizzione tattille di Buccola.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. Februar. No. 3.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber idiopathischen Zungenkrampf von Prof. **Berger.** 2. Zur Aetiologie der Epilepsie im Kindesalter von Dr. **Jehn** in Merzig. 3. Die Veränderungen der Hirnrinde in dem ersten Stadium der progressiven Paralyse der Irren von Dr. **E. Mendel.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. De la structure du nerf auditif von Dr. **Alph. Erlitzky.** — Physiologie. 2. Zur empiristischen Theorie des Sehens von Prof. **H. Schmidt-Rimpler.** 3. Ueber die specifische Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize von demselben. — Pathologische Anatomie. 4. Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominal- und Flecktyphus und bei traumatischer Entzündung von **Popoff.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne etc. von **Charcot.** 6. Kystes hydatiques du coeur, du cerveau et des méninges von **Laurand.** 7. Hémichorée sans hémianesthésie von **Gaillard.** 8. Ueber nucleäre Augenmuskellähmungen von **Lichtheim.** 9. Augenkrankheiten bei Masturbanten von Prof. Dr. **Cohn.** 10. Ueber die mechanische und electrische Erregbarkeit des Herzens und des Nervus phrenicus von **v. Ziemssen.** 11. Beiträge zur Kenntniss der epidemischen Cerebrospinalmeningitis von Dr. **Karl Jaffé.** 12. Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wuthkrankheit von Dr. **F. Penzoldt.** 13. Du vertige oculaire von **Ch. Abadie.** — Psychiatrie. 14. Mittheilungen aus der Provinzialirrenanstalt bei Bunzlau von Dr. **Kleudgen.** 15. Contribution à l'étude de la démence épileptique von **Bourneville** und **d'Olier.** — Therapie. 16. Ricerche sperimentali sull' azione fisiologica e terapeutica della cocaina von **Morselli** und **Buccola.** 17. Ein Fall von secundärer Nervennaht am N. ulnaris von Dr. **M. Bernhardt** und Dr. **M. Treibel.** 18. Zur Lehre von der Nervennaht und der Prima intentio nervorum von Dr. **Falkenheim.** 19. On Hyoscyamia as a Depressor-Motor von **Seguin.** 20. On the therapeutical uses of Nitro-Glycerine von **W. A. Hammond.** 21. On Indian Hemp in Hydrophobia von **Ruxton.**

III. **Aus den Gesellschaften.** Krankenvorstellung in der Sitzung des Vereins für innere Medicin. Aus der Cambridge medical Society. Aus der Sitzung der Société anatomique zu Paris. Aus der Sitzung der Société de Biologie zu Paris. Aus der Sitzung der Berliner med. Gesellschaft. Head and Hats. — Die Eröffnung der Provinzialirrenanstalt und psychischen Klinik bei Bonn von Dr. **Jehn.**

IV. **Personalien.**

V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber idiopathischen Zungenkrampf.

Von Prof. **O. Berger** in Breslau.

Gegenüber der Häufigkeit, mit welcher die Zungenmuskeln bei den verschiedenartigsten allgemeinen Convulsionen (choreatischen, hysterischen, epi-

Digitized by Google

leptischen u. a.) mit betroffen werden, gehört der isolirte, selbständige Zungenkrampf zu den allerseltensten Krampfformen, so dass es zweifelhaft sein kann, ob überhaupt ein derartiger idiopathischer Hypoglossuskrampf vorkommt. Hierher bezügliche Beobachtungen scheinen in der Literatur nicht zu existiren. Wenigstens habe ich mich vergeblich darnach umgesehen. Auch Erb[1] bemerkt, dass für eine Darstellung dieser Neurose zur Zeit noch alles Material fehlt. Er selbst sah dieselbe bei einem an eigenthümlichen Hallucinationen leidenden jungen Mädchen in Form eines beim jedesmaligen Herausstrecken der Zunge eintretenden, ungemein raschen Vor- und Zurückziehens der ganzen Zunge. Romberg[2] berichtet, dass er nur wenige Male Gelegenheit gehabt, convulsivische Bewegungen der Zunge zu beobachten. Bei einer Kranken als Theilerscheinung hysterischer Anfälle: „die Zunge wälzte und drehte sich, und liess ein schnalzendes Geräusch ertönen.“ In einem andern Falle handelte es sich um eine basale Meningitis bei einem vierjährigen Kinde. Bei einer Kranken mit Tic doul. stellten sich, so oft der Lingualis von den Schmerzen befallen wurde, Zuckungen der Zunge ein und endlich war in zwei weiteren Fällen der Zungenkrampf mit mimischem Gesichtskrampf verbunden. Einen interessanten Fall von Reflexkrampf der Gesichtsmuskeln und der Zunge, welcher sich später auch auf den Hals und den Arm ausdehnte, hat Mitchell[3] beobachtet. Die Zunge wurde steif wie ein Stück Holz und drehte sich mit ihrer Spitze aufwärts nach dem harten Gaumen. Als Ursache des Leidens fand sich eine Anzahl kariöser Zähne in der entsprechenden oberen Zahnreihe und ein ulcerativer Prozess am Zahnfleisch. Nach Beseitigung dieses Reizmoments hörten die Anfälle auf. — Eine merkwürdige und sehr seltene Form von spastischer Neurose im Gebiete des Hypoglossus ist die Fleury'sche Aphthongie (Reflexaphasie), bei welcher jeder Sprachversuch tonische und klonische Krämpfe der vom Zungennerv innervirten Muskeln hervorruft, so dass das Sprechen dadurch unmöglich gemacht wird. Hierher gehört auch die Betheiligung der Zunge bei den eigentlichen Stotterkrämpfen. — Dem Gesagten gemäss dürfte die Publication zweier schon vor längerer Zeit von mir beobachteter Fälle von essentiellem Zungenkrampf nicht ohne Interesse sein.

I. Am 17. März 1878 kam Herr College X. mit seiner 28jährigen Tochter zu mir, um sich wegen eines eigenthümlichen Leidens derselben mit mir zu berathen. Es war demgemäss möglich, über die erforderlichen Daten eine absolut zuverlässige Auskunft zu erhalten. Eine hereditäre Disposition zu Neuropathien war nicht vorhanden. Die Kranke, eine zart gebaute und anämische Dame, hatte gegen Ende des ersten Lebensjahres, zur Zeit der Zahnperiode, wiederholte eclamptische Anfälle überstanden, die aber später niemals wiederkehrten. Im Alter von 14 Jahren wurde sie zum ersten Mal menstruirt; die Periode verlief stets regelmässig und ohne nennenswerthe Beschwerden. Angeblich in Folge einer während derselben im Jahre 1875 acquirirten Erkältung trat eine ödematöse Anschwellung des rechten Beins auf, welche nach kurzer Dauer wieder verschwand; seitdem zeigten sich während der Menstruationszeit öfters ziehende Schmerzen desselben Beins. Im Uebrigen hatte sich die Kranke

[1] Die Krankheiten der peripheren-cerebrospinalen Nerven. 2. Aufl. 1876. p. 296.
[2] Lehrbuch der Nervenkrankheiten. 3. Aufl. 1857. p. 388.
[3] Med. chirurg. Transactions. Vol. IV. p. 75.

Digitized by Google

stets der besten Gesundheit zu erfreuen und insbesondere waren zu keiner Zeit irgend welche hysterischen Symptome zu bemerken. Auch gehörte die durch vortreffliche Erziehung an selbständiges Denken und Handeln gewöhnte junge Dame ihrer ganzen geistigen Organisation nach keineswegs in die Klasse der sogen. „Nervösen". Am 21. October 1877 stellte sich, ohne jede nachweisbare Ursache und bei ungestörtem Wohlbefinden, zum ersten Mal ein Anfall von Zungenkrampf ein, der sich noch an demselben Tage vier Mal wiederholte. Nach einem völlig freien Intervall von 8 Tagen traten die Anfälle von Neuem auf und zwar im Laufe des Tages 2 mal, und während der Nacht — so dass die Kranke aus dem Schlafe erwachte — 3 mal. Nach dem längeren Gebrauche von Chinin kehrte der Zungenkrampf nur vereinzelt und mit geringerer Intensität innerhalb der nächsten Monate wieder. Am 15. März 1878 jedoch kam es, ohne jede Veranlassung, wieder zu einer grösseren Zahl von Paroxysmen, sowohl am Tage, als in der Nacht. Der Krampf bot stets dieselben Charaktere dar: Ohne jede Kopfbeschwerde, mitten im besten Wohlsein, empfindet die Kranke plötzlich eine eigenthümliche, zwar unangenehme, doch nicht gerade schmerzhafte Empfindung von Spannung oberhalb des Kehlkopfes, dicht unter dem Kinn — „inwendig am Kehlbraten" —, bald darauf das Gefühl, als wenn die Zunge geschwollen wäre und die ganze Mundhöhle ausfüllte, ein „Wogen in der Zunge", die Sensation einer „wellenförmig von hinten nach vorn fortlaufenden Bewegung". Nach 1 bis $1^1/_2$ minutenlanger Dauer dieser „Aura" wird nun die Zunge unwillkürlich und unbezwinglich, mit grosser Gewalt und in rhythmisch sich rasch folgenden Zuckungen (circa 50—60 Mal in der Minute) nach vorn gestossen, so dass sie in gerader Richtung zwischen den Lippen hervortritt, aber nur mit der Spitze, und nicht so weit, als es willkürlich möglich ist. Hält die Kranke die Zahnreihen fest geschlossen, so schlägt die Zunge mit hörbarem Geräusch an. Der Anfall dauert 1—2 Minuten; bald nachher sind noch deutliche fibrilläre Zuckungen in der Zungenmuskulatur sichtbar, die sich aber nach wenigen Minuten wieder verlieren. Während desselben ist das Sprechen (und das Schlingen) vollständig unmöglich. Weder im Anfall, noch nach demselben sind irgend welche cephalische Beschwerden vorhanden, weder Schwindel, noch Angstempfindung, noch Augenflimmern u. a. m.; die Gesichtsfarbe bleibt unverändert. In der ersten Zeit des Leidens war die Kranke natürlich ängstlich und erregt, weil sie eine Verallgemeinerung der Krämpfe befürchtete. Nach rasch sich wiederholenden Anfällen klagte sie mehrmals über allgemeines Schwächegefühl. Im Uebrigen aber war sie frei von jedweden Beschwerden. Auch die Untersuchung ergab — abgesehen von der ziemlich beträchtlichen Anämie (doch keine Geräusche am Herzen und an den Gefässen) — keinerlei Anhalt für die Entstehung der Krankheit. Die Untersuchung der Mundhöhle ergab nichts Abnormes, die Zunge verhielt sich hinsichtlich ihrer Motilität, Sensibilität und Ernährung vollständig normal, nirgends wurden Druckschmerzpunkte gefunden; sämmtliche Organe erwiesen sich als gesund.

Die Kranke brauchte nun längere Zeit eine Combination von Ferrum, Chinin und Belladonna. Während der nächsten Wochen kehrten zwar vereinzelte Anfälle wieder, doch mit bedeutend geminderter Energie. Häufiger stellten sich in der Zunge die oben geschilderten Prodromalempfindungen ein, ohne dass aber der Krampf zum Ausbruch gelangte. Nach einer Badekur in Landeck, mit gleichzeitigem Trinken von Eisenwasser, verschwanden die Anfälle und sind seitdem nicht mehr wiedergekehrt. Die Kranke ist jetzt vollständig gesund, und auch eine gewisse Nervosität, die sich in Folge des peinlichen Leidens eingestellt hatte, ist der früheren Gesundheit gewichen.

II. B., 42jähriger Kaufmann, klagt seit ca. $2^1/_2$ Jahren über eine eigenthümliche Erscheinung, deretwegen er schon vielfach vergeblich behandelt worden sei. Von Zeit zu Zeit, bisweilen mehrmals in einer Woche, ja sogar 3—4 mal an einem Tage, dann aber wieder erst nach mehrwöchentlichen Intervallen, sei es ihm passirt, dass

Digitized by Google

die Zunge plötzlich wider seinen Willen mit grosser Gewalt aus dem Munde herausgeschnellt würde, gewöhnlich nur mehrere Male hintereinander. Auch in der Nacht sei dies öfters vorgekommen und er werde dabei aus dem Schlafe geweckt. Bei jedem Anfall schrecke er heftig zusammen, so dass er mehrfach, wie unwillkürlich, die Kiefer zusammengebissen und sich dadurch die Zunge leicht verletzt habe. Irgend welche andere Krampfbewegungen sind mit dem Zungenkrampf nicht verbunden; ebenso wenig bestehen eine lokale oder allgemeine Vorempfindung, noch irgend welche Nachwehen. Im Anfall selbst ist nicht die geringste Empfindung von Schwindel, Ohnmachtsanwandlung, Veränderung der Gesichtsfarbe etc. vorhanden. Die Untersuchung des äusserst kräftig entwickelten, blühenden und sehr intelligenten Mannes ergab ein völlig negatives Resultat. Eine neuropathische Belastung konnte ausgeschlossen werden; eine Ursache des Leidens war nicht eruirbar. Ich habe den Kranken nur einmal gesehen.

Die beiden hier mitgetheilten Beobachtungen beweisen, dass es einen idiopathischen Zungenkrampf giebt, — jedenfalls eine äusserst seltene Neurose. In beiden Fällen handelt es sich um einen doppelseitigen klonischen Krampf der vorwärtsziehenden Muskeln, so dass die Zunge unwillkürlich aus dem Munde hervorgestossen wird. Die Pathogenese bleibt völlig dunkel — bis etwa auf die im ersten Fall vorhandene hochgradige Anaemie; irgend ein Anhalt für die reflektorische Entstehung des Krampfes ist nicht gegeben und es dürfte demgemäss am wahrscheinlichsten erscheinen, einen centralen — sei es corticalen oder bulbären — Reizungszustand des Hypoglossus anzunehmen.

Bei dieser Gelegenheit möchte ich mit wenigen Worten eines idiopathischen Cremaster-Krampfes Erwähnung thun, welchen ich bei zwei Männern, im Alter von 44, resp. 56 Jahren, beobachtet habe. Krampfhafte Contractionen dieses Muskels, mit Emporsteigen der Hoden nach dem Inguinalkanal, sind bekanntlich als Reflexerscheinungen gar nicht selten bei der Neuralgia testis, bei den verschiedenen Formen der Enteralgie, insbesondere bei der Bleikolik, ferner bei der Nieren- und Gallensteinkolik; wiederholt habe ich sie bei der spinalen Gastralgie gesehen. In den hier in Rede stehenden Fällen fehlten aber alle Zeichen einer primären sensiblen Reizung, nirgends war eine Quelle reflektorischer Erregung zu entdecken, die Sexualorgane boten keinerlei wahrnehmbare Veränderungen dar — insbesondere keine Varicocele —, ebenso wenig waren zur Zeit der Beobachtung, als auch nach Jahren, spinale Symptome vorhanden. Der tonische Krampf, beide Male linkerseits, dauerte 2—3 Minuten an, wiederholte sich mehrmals am Tage, trat auch in dem einen Falle häufig während des Schlafes auf und war mit einer äusserst peinlichen localen Krampfempfindung verbunden. Bei dem einen Kranken schienen chronische Verdauungsstörungen zu Grunde zu liegen; wiederholtes Trinken von Kissinger und Carlsbader Brunnen sollte Monate lange Intermissionen herbeigeführt haben. In dem einen Fall wurde das Leiden schliesslich durch die subcutane Anwendung von Atropin, in dem andern, wo dieselbe Medication ohne dauernden Erfolg blieb, durch eine dreiwöchentliche Galvanisation (positiver Pol am Lendenmark, negativer am Scrotum) beseitigt.

Digitized by Google

2. Zur Aetiologie der Epilepsie im Kindesalter.

Von **Dr. Jehn** in Merzig.

Die Erfahrungen BROWN-SEQUARD's, WESTPHAL's, NOTHNAGEL's und Anderer über den Zusammenhang von epileptischen Krämpfen mit Erschütterungen, durch Schlag oder Fall auf den Kopf, haben seither durch die von NEFTEL (Archiv für Psychiatrie. 1877 Bd. VII. S. 124) veröffentlichte Krankengeschichte einen werthvollen klinischen Beitrag erhalten.

Um kurz an jenen Fall zu erinnern handelte es sich um einen Studenten, der bei einem Strassenauflauf mit einem sog. Todtschläger einige kräftige Schläge auf den Kopf erhalten hatte, die durch starkes Haar und einen Strohhut einigermaassen abgeschwächt waren. Aeussere Verletzung war nicht vorhanden. Der Fall erhielt sein Interesse hauptsächlich dadurch, dass nachdem die, in dem Stadium tiefen Comas drohende Gefahr des Respirationsstillstandes beseitigt war, epileptische Convulsionen der heftigsten Art hervortraten, die durch mechanische Reizung einer epileptogenen Zone ausgelöst werden konnten, welche der Stelle des schwersten Schlags, (linkes tuber frontale) entsprach.

Jener Fall lehnt sich also ganz direct an jene durch Thierexperimente erhobenen Erfahrungen WESTPHAL's an, von denen er sich nur durch die veränderte Localisation der epileptogenen Zone, welche bei den Thierexperimenten die seitlichen Theile des Gesichts unterhalb des Auges auf Seite der Verletzung einnimmt, unterscheidet.

Der nachfolgende Krankheitsfall verdient, trotzdem eine epileptogene Zone nicht nachweisbar war, doch veröffentlicht zu werden, weil er die Gefahr von einfachen „Ohrfeigen" welche doch mit viel geringerer Wucht als jene Stockschläge zu erfolgen pflegen, hervorhebt.

Victor L. ist ohne directe erbliche Anlage zur Psychose oder Neuropathie; der Vater war zeitweise Trinker und wegen Theilnahme an einem Todtschlag bestraft.

Der Patient erhielt im Sommer 1880 im Alter von zwölf Jahren von seinem Lehrer einen, angeblich für einen anderen Knaben bestimmten, Schlag mit der Hand zwischen Hals und Hinterkopf. Der Junge wurde durch die vermeintlich unverdiente Züchtigung sehr erbost, lief sofort nach Haus, wo er in epileptischen Convulsionen zusammenstürzte. Die Anfälle wiederholten sich anfänglich nicht sehr häufig, nach Verlauf einiger Monate traten sie jedoch täglich, schliesslich mehrfach an einem Tage auf.

Damit ging seit Frühjahr 1881 eine zunehmende Erregung und Verwirrtheit einher. Der Junge war nicht mehr in die Schule zu bringen. Er verfolgte den Lehrer, welcher ihn geschlagen hatte, mit wüthendem Hass, griff ihn an wo er ihn fand und warf mit Steinen nach ihm.

Am 26. Juli 1881 wurde er in Merzig untergebracht. Er präsentirte sich als ein gutgewachsener und genährter Junge mit normalem Schädel. Auf der Stirn an der Haargrenze ist eine weizenkorngrosse, mässig erhärtete Narbe sichtbar, unter welcher der Knochen eine ganz leichte Impression aufweist. Die Narbe stammt aus dem siebenten Jahre und war bisher nicht schmerzhaft. Vor

Digitized by Google

einem Jahre ist sie nochmals durch nicht bekannte Veranlassung offen gewesen. Die Pupillen sind mittelgross und reagiren normal, Lippe und Zungen frei von Narben.

Eine epileptogene Zone ist nicht nachweisbar, insofern auf keinerlei mechanische Reizung, auch nicht der Stirn und Narbengegend Bewusstlosigkeit oder Krämpfe ausgelöst werden können. Wohl ist aber jetzt die Narbe auf Druck empfindlich und mehr noch die linke Stirngegend über dem Auge. Ferner localisirt der Kranke ein deutlich charakterisirtes Gefühl von schmerzhaftem Kriebeln, zuweilen von Kitzeln, in jener Gegend der Narbe und der linken Stirnhälfte. Nach den Anfällen fühlt er diese Sensation bis in den Hinterkopf hineinziehend. Ausserdem wird über Druck in der Halswirbelgegend geklagt; es ergab sich dass die Dornfortsätze des vierten und fünften Halswirbels auf Druck schmerzhaft waren. Während der Anwesenheit des Patienten in Merzig traten anfangs noch täglich mehrere deutlich charakterisirte epileptische Anfälle auf, die nach Verordnung von 4 grmm Kal. brom. pro die sich auf je einen Anfall verminderten, welcher vom 15. August an ganz ausblieb.

Zeichen psychischer Störung wurden in der Anstalt gar nicht mehr bemerkt, nur am ersten Tage seines Aufenthalts war der Junge etwas unbesinnlich, sonst ganz bewusst, fleissig und ordentlich. Er wurde von Anfang an dem Gärtner zur Beschäftigung zugetheilt, nahm in der Ernährung zu und konnte anfang November genesen entlassen werden.

Im vorliegenden Falle ist der Zusammenhang jenes Schlages mit den nachfolgenden Krampfzuständen wohl ausser Zweifel. Die Anfälle traten direct im Gefolge des Trauma ein. Die theilweise Coïncidenz der hyperästhetischen Stirnpartie mit der Narbe lenkte allerdings die Aufmerksamkeit sehr auf diese hin, da sie eventuell der Ausgangspunkt der epileptischen Entladungen sein konnte.

Doch fehlte für diese Annahme jeder weitere Anhaltspunct, zumal die Narbe, vor wie nachher, gar keine Beschwerden gemacht hat, Druck auf sie keine Anfälle auslöste und der Haupttheil der hyperästhetischen Gegend neben ihr lag.

Jedenfalls erscheint es angebracht, die Möglichkeit der Entstehung epileptischer Krämpfe auch durch die Erschütterung, welche eine Ohrfeige erzeugen kann, im Auge zu behalten.

Der zweite Fall von plötzlichem Ausbruch epileptischer Convulsionen beruhte nicht auf einer effectiven Erschütterung des Gehirns, sondern war durch Schreck verursacht.

Myrtille L., sieben Jahr alt, ein prächtiger, lebhafter Knabe war immer ein auffallend erregliches Kind gewesen, stand jedoch nicht unter dem Einflusse nachweisbarer neuropathischer Anlage.

Der Knabe schlief in dem Zimmer der Dienstmagd. In einer Nacht des vergangenen Sommers wurde er durch Geräusch geweckt und erschrak heftig über die draussen an das Fenster klopfende Gestalt des Liebhabers jener Dienstmagd. Mit einem Schrei stürzte das Kind sofort in den heftigsten epileptischen Krämpfen zusammen, welche nach Urtheil des zugerufenen Ortsarztes so heftig und dauernd gewesen waren, dass das Leben bedroht war.

Digitized by Google

Die Anfälle wiederholten sich erst nach einem Monat wieder, pausirten dann wieder eine Zeit um dann mit erneuter Heftigkeit und mehrfach wiederzukehren.

Im October wurde der Knabe mir vorgestellt. Irgend welche periphere Ursache des Leidens oder eine epileptogene Zone waren nicht aufzufinden.

Die Behandlung durch kalte Abreibungen, Bromkalium anfangs allein, später in Verbindung mit Jodkalium hat insofern bisher Erfolg gehabt, als die Anfälle nicht wiedergekehrt sind, dagegen war letzthin eine Andeutung von choreatischer Unsicherheit der Bewegungen bemerklich, die früher nicht aufgefallen war.

Meines Wissens sind in der Literatur Fälle, in welchen durch einen Schreck oder Gemüthserschütterung in solcher Unmittelbarkeit epileptische Krämpfe ausgelöst wurden, nicht bekannt geworden, wohl solche von sog. psychischem Shok, der zu augenblicklichem Tode führte.

---

3. Die Veränderungen der Hirnrinde in dem ersten Stadium der progressiven Paralyse der Irren.

Von Dr. **E. Mendel.**

Die bisherigen Untersuchungen der Hirnrinde bei Paralytikern beziehen sich durchgehends auf Fälle, in denen bereits intra vitam die Diagnose auf „Paralyse" gestellt war. Es dürfte unter diesen Umständen nicht ohne Interesse sein, hier die Befunde bei einem sehr früh im melancholischen Stadium zu Grunde gegangenen Kranken mitzutheilen, bei dem während des Lebens man eine functionelle Störung, eine einfache Melancholie angenommen hatte, und anzunehmen berechtigt war:

X., Kaufmann, 37 Jahr alt, stammt aus einer Familie, in der weder eine Anlage zu Brustkrankheiten, noch zu Krankheiten des Nervensystems nachweisbar. Er selbst hat eine gute Schulbildung genossen und wurde dann Buchhalter. Als solcher war er seit 8 Jahren in einem sehr grossen Geschäft thätig.

Im Alter von 9 Jahren hatte er einen Gelenkrheumatismus ohne Herzaffection, ist später immer gesund gewesen und hat seine Militärzeit absolvirt.

Seit einem Jahre klagt er über Brustschmerzen und Husten, hat auch vor $^1/_4$ Jahre Haemoptysis gehabt, ist aber dabei in seinem Berufe immer thätig gewesen. Seit einigen Monaten erscheint er jedoch auffallend still, zieht sich von Allem zurück, ist auch in seinen Arbeiten etwas weniger eifrig, wenn er auch dieselben besorgt. Wiederholt klagt er über Schlaflosigkeit. Seit drei Tagen machen sich deutliche Zeichen einer geistigen Störung bemerkbar, er will gar keine Auskunft mehr geben, will gar nicht mehr zu Bette gehen, stellt sich Nachts in strenger Kälte nackt ans geöffnete Fenster. Gedrängt, gibt er an, dass sich in der Nacht mehrere Herren in seinem Zimmer an der Wand herumtreiben, welche ihn verfolgen; an der Decke sehe er Gestalten, wie „Nebelbilder", welche ihn ängstigten. Er habe dieselben auch leise sprechen hören, habe aber nicht verstehen können, was sie sagten; „jedenfalls hat man Schlimmes gegen mich im Sinne gehabt". Am 10. December 1879 in die Anstalt aufgenommen, klagt er über heftige Schmerzen im rechten Hypochondrium, spricht sich sonst aber gar nicht aus, geht unruhig hin und her, giebt zuweilen nur einen stöhnenden Laut von sich.

Die körperliche Untersuchung ergiebt:

Leichte Ungleichheit der Pupillen, rechte ein wenig weiter als die linke, beide

Digitized by Google

von mittlerer Weite, rechte Gesichtshälfte sehr wenig schlaffer als die linke.[1] Zunge wird gerade herausgesteckt, zittert nicht. Ob Sprachstörung vorhanden, lässt sich bei dem hartnäckigen Schweigen des Pat. nicht eruiren.

Rechts ober- und unterhalb der Clavicula Dämpfung und unbestimmtes Athmen, im übrigen über beiden Lungen feuchte Rasselgeräusche. Herz normal. Rechtes Hypochondrium beim leisesten Druck empfindlich. Temp. früh 37,5°, Abends 38,4°.

Die Nacht unruhig, Patient will nicht im Bett bleiben, aus einzelnen Worten geht hervor, dass er sich von seiner Umgebung verfolgt und verrathen glaubt.

Die nächsten Tage verliefen in gleicher Weise.

Am 13./12. verweigert Pat., Nahrung zu sich zu nehmen; in den Speisen ist „Gift".

17./12. Schmerzhaftigkeit des Leibes, mehrfach sehr dünne Stühle. Pat. sieht allerhand Gestalten, die ihn ängstigen, vermuthet Gift in den Speisen, spricht fast gar nicht. Temp. früh 38,4°, Abends 39,0°.

18./12. Nacht sehr unruhig, starke Hallucinationen, besonders des Gesichts, sieht Särge, Gestalten, die sich an der Wand bewegen. 7 Stuhlgänge. Temp. früh 38,9°, Abends 39,5°.

19./12. Pat. hat fast gar nicht geschlafen, stark delirirt. 5 dünne Stühle. Am Morgen grosse Unruhe, glaubt sich verfolgt, sieht Särge von der Decke fallen u. s. w. Temp. 39,0°.

Um 3 Uhr Nachmittags wird Pat. noch unruhiger, kann nur mit Mühe im Bett gehalten werden, schlägt um sich, collabirt aber bald darauf, wird pulslos und stirbt gegen 4 Uhr Nachmittags.

Obduction 12 h. p. m.

Schädel normal. Dura mater dünn, von mässigem Blutgehalt. Im Sin. longit. flüssiges, dunkles Blut. Pia mater mässig stark, milchig getrübt, besonders in der hintern Hälfte. Auf derselben treten beiderseits über den Parietallappen im Ganzen fünf hirsekorn- bis stecknadelkopfgrosse Knötchen hervor. Die Pia lässt sich auf der Convexität gut abziehen, weniger gut an der Basis. Gewicht des Gehirns 1360 Gramm. — Gyri zeigen normale Breite. Ventrikel normal, nicht erweitert. Gehirnconsistenz gut, weisse Substanz blutreich. Ependym der Seitenventrikel glatt, das des 4. Ventrikels granulirt. Grosse Ganglien normal. Ebenso die Gefässe an der Basis.

In der rechten Lunge zeigte sich der ganze obere Lappen käsig infiltrirt, in der Bauchhöhle ist das Netz mit den darunter liegenden Darmschlingen ziemlich fest verklebt, und in demselben eine ulcerirte Stelle von $2^1/_2$ Cm. Länge und $^3/_4$ Cm. Breite. Die Schleimhaut des Darmkanals durchweg hyperaemisch, zeigt kleine Ulcerationen an verschiedenen Stellen.

Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde ergiebt: links

Gyr. frontal. superior, medius, ebenso wie der Gyr. centralis anterior, der Lob. paracentralis und der Lob. parietalis durchweg normale Verhältnisse, abgesehen von einer starken Anfüllung der Gefässe, die bis in die feinsten Capillaren reicht. Die Gefässwände selbst normal.

Gyr. centralis posterior: Leichte Verdichtung der Neuroglia, vereinzelte Spinnenzellen in derselben, die anderen Schichten normal. Ganglienzellen sehr schön.

[1] Man wird auf diese sehr unbedeutenden Differenzen, die man auch bei Gesunden, oft bei Melancholischen findet, einen Werth nicht legen.

Digitized by Google

Hinterhauptshirn. Stärkere Entwickelung der Spinnenzellen in der Neurogliaschicht, sehr vereinzelt auch in der Ganglienzellenschicht. Diese Zellen normal. Derselbe Befund zeigt sich am Gyr. occipito-temporalis medialis und lateralis. Ebenso zeigen die Inselwindungen bei durchaus normalen Zellen viele Spinnenzellen in der Neurogliaschicht, diese selbst verdichtet, einzelne in der Ganglienzellenschicht. Die Ganglienzellen selbst sind normal.

In dem Gyr. frontalis inferior und ganz vorzüglich in dem Gyr. rectus treten die Veränderungen stärker hervor. In dem letzteren bietet sich eine hochgradige Entwickelung der Spinnenzellen dar, die eine Grösse von 0,02 Mm. im longitudinalen und 0,15 Mm. im transversalen Durchmesser erreichen. Die Neurogliaschicht stellt einen dichten Filz aus Fasern mit eingestreuten Spinnenzellen dar, nervöse Elemente sind kaum zu erkennen. Ebenso treten in den Ganglienzellenschichten die Spinnenzellen in grosser Menge hervor, z. Th. in Verbindung mit Gefässen. Diese letzteren selbst sind hochgradig mit weissen Blutkörperchen gefüllt, an einzelnen sind die Adventitialräume erweitert und ebenfalls mit Blutkörperchen gefüllt. Die Gefässwände selbst zeigen sonst keine Veränderung, speciell keine Proliferation von Kernen.

Die Ganglienzellen sind durchaus normal.

In geringerem Grade, aber doch ausgesprochener als in dem Hinterhaupt, markiren sich dieselben Verhältnisse in dem dorsalen Theil der Gyr. frontal. inferior.

An den grossen Ganglien keine nachweisbaren Veränderungen.

Die rechte Hemisphäre zeigt in Bezug auf die Verbreitung der pathol. Veränderungen dieselben Verhältnisse, nur bei Weitem weniger ausgesprochen.

Dieser Fall würde, klinisch betrachtet, kaum anders aufgefasst worden sein, als einer jener nicht allzu seltenen Fälle von Melancholie, die sich im Endstadium der Tuberculosis entwickeln. Deutliche motorische Störungen fehlten, eine Sprachstörung war, da Pat. hartnäckig schwieg, nicht festzustellen. Der makroskopische Befund hätte an dieser Diagnose nichts geändert. Die wenigen miliaren Knötchen in der Pia, wie die milchige Trübung derselben wird man mit der psychischen Störung kaum in einen causalen Zusammenhang bringen können; jene werden ja so sehr oft bei Tuberculosis anderer Organe, wie sie hier bestand, gefunden. Hätte man die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde, wie so häufig, auf das Stirnhirn, die vordere Centralwindung, den Lob. paracentralis u. s. w. beschränkt, so würde, bei den mangelnden Veränderungen, die Diagnose einer functionellen Psychose nur bestätigt worden sein.

Ganz anders gestaltet sich die Auffassung des Falles nach dem Befunde in den übrigen Windungen.

Es unterliegt mit Rücksicht auf diese keinem Zweifel, dass hier eine Encephalitis interstitialis corticalis bestanden hat, und dass die „Melancholie“ das melancholische Stadium einer progressiven Paralyse dargestellt hat.

Abgesehen von dem Interesse, das dieser Fall also danach bietet, dass hier erst post mortem aus dem mikroskopischen Befund die Diagnose der Paralyse gestellt werden konnte, dürfte vom pathologisch-anatomischen Standpunkte es

Digitized by Google

nicht unwichtig sein, zu constatiren, dass in diesem Fall deutlich der Beginn der Erkrankung in der Neurogliaschicht nachzuweisen war. Diese war erheblich verändert, während die anderen Schichten noch normal erschienen. Es zeigt sich ferner, dass die bei der Paralyse fast regelmässig gefundene Kernvermehrung, die hier nicht nachzuweisen war, einem späteren Stadium angehören muss, und dass nicht, wie von manchen Seiten behauptet worden ist, die Gefässveränderung, die hier nicht vorhanden, und die Auswanderung weisser Blutkörperchen den Ausgangspunkt der Erkrankung darstellt.

Endlich darf vielleicht noch darauf hingewiesen werden, dass die intensivsten Veränderungen an der Basis des Hirns, und zwar in der Nähe des „Sprachcentrum" sich fanden und dass vielleicht diese so frühe Localisation, wenn sie durch weitere Untersuchungen sich bestätigt, sich deckt mit der in dem ersten Stadium bemerkbaren „Sprachstörung" der Paralytiker.

Ob man die sich entwickelnde Encephalitis interstitialis im Hinterhauptshirn mit den in diesem Fall besonders stark hervortretenden Gesichtshallucinationen in Zusammenhang bringen darf, muss vorerst dahin gestellt bleiben.

II. Referate.

Anatomie.

1) **De la structure du nerf auditif** von Dr. Alph. Erlitzky in Petersburg. (Arch. d. Neurol. III, 7, p. 36 Janvier.)

Der Stamm des N. acusticus zeigt zwei getrennte Portionen; eine vordere und untere (Ramus cochlearis) und eine hintere und obere (Ramus vestibularis). Schon bei ihrem Ursprung an der Basis des Hirns zeigen diese beiden Portionen in Bezug auf ihre Fasern differente Verhältnisse. Die erstere, grössere Portion setzt sich aus schlanken und feinen Nervenfasern zusammen. In einer grossen Zahl derselben färbt sich der Axencylinder nicht durch Karmin und man erkennt ihn nur als schwarzen Punkt in der Markscheide. Behandelt man diesen Theil mit Osmiumsäure, so zeigen sich im Verlaufe der Fasern zahlreiche Anschwellungen verschiedener Gestalt, während die Kerne der Scheide und die Einschnürungen (Schnürringe) fehlen. Die zweite, kleinere Portion, lässt dagegen starke Markscheiden und dicke Axencylinder erkennen, während die oben erwähnten Besonderheiten fehlen. Doch finden sich im Verlauf dieses Ramus (vestibularis) eine grössere oder geringere Zahl kleiner Inselchen grauer Substanz. Die Structur derselben zeigt ein doppeltes Netz von Fasern, wie die graue Substanz des Rückenmarks ein bindegewebiges und ein nervöses; in dem letzteren sehr feine Nervenfasern, Ganglienzellen und Kerne. Die Zellen zeigen meist zwei Fortsätze. Aus diesen Zellen resp. Inselchen treten Fasern zum N. intermed. Wrisbergii, so dass also, da dieser in das Gangl. geniculi des Facialis zum grössten Theil eintritt, zwischen Acusticus und Facialis eine viel engere Verbindung besteht, als man bisher angenommen hat. Welchen Werth dies für die bisher dunkle physiologische Bedeutung des N. intermed. haben könnte, darüber wagt Verf. im Augenblick nicht zu entscheiden. M.

Digitized by Google

Physiologie.

2) Zur empiristischen Theorie des Sehens von Prof. H. Schmidt-Rimpler. (Sitzungsber. der Gesellsch. zur Beförd. der ges. Naturwissenschaften zu Marburg 1881, No. 4.)

Verf. operirte einen im Alter von $2^1/_3$ Jahren erblindeten Knaben, der bis dahin gut gesehen und viele Dinge seiner Umgebung benennen gelernt hatte, ein Jahr nach der Erblindung. Das wiedererlangte Sehvermögen war ein recht gutes, aber das Kind hatte die Gesichtsbilder, die Taxation der Entfernungen u. s. w. gänzlich vergessen; es erkannte die Dinge erst durch Betasten. Nach dreitägigen Uebungen fing diese Seelenblindheit an sich zu bessern, das Kind ging ohne anzustossen, erkannte aber erst noch wenige Dinge und ermüdete bald bei den betreffenden Uebungen.

Verf. erklärt diese Beobachtungen für unvereinbar mit der Anschauung über das Zustandekommen der Raumvorstellungen, wie sie Herbert Spencer und Dubois-Reymond vertreten. Wenn nach Letzterem das Vermögen, die Sinneseindrücke richtig zu deuten, zwar nicht angeboren sei, „aber dem werdenden Geiste von selber zuwüchse" — etwa wie die geschlechtlichen Vorstellungen zu bestimmter Zeit auftreten — so könnte es „unmöglich in so kurzer Zeit, einmal entwickelt, wieder vollkommen verloren gehen. Man kann nur etwas verlernen oder vergessen, was man gelernt oder durch eigene geistige Thätigkeit seinem Gedächtniss eingeprägt hat." Hadlich.

---

3) Ueber die specifische Reaction des Sehnerven auf mechanische Reize von demselben. (Sitzungsber. d. Gesellsch. zur Beförd. der ges. Naturwissensch. zu Marburg, 1881, No. 4.

Da bei Durchschneidungen des Opticus sehr oft das Fehlen aller Lichterscheinungen beobachtet wird, so stellte Verf. neuerdings exacte Prüfungen der specif. Reaction des Sehnerven nach Enucleation an, und constatirte allerdings bei 2 von 6 Untersuchten Lichtblitze bei Druck auf den Opticusstumpf, bei allen nach Anwendung von Electricität. Hadlich.

Pathologische Anatomie.

4) Ueber Veränderungen im Gehirn bei Abdominal- und Flecktyphus und bei traumatischer Entzündung von Popoff. (Virch. Arch. Bd. 87, Heft 1, S. 39.) Ausgegeben am 2. Jan. 1882.

Im ersten Theile der vorliegenden Arbeit wendet sich P. gegen die Arbeiten von Herzog Carl in Bayern, Stricker, Blaschko und Rosenthal, in welchen die Ergebnisse seiner früheren Untersuchungen über diesen Gegenstand (Virch. Arch. Bd. 63 und Centralblatt f. med. Wissenschaften 1875, No. 36) zum Theil bestritten worden sind. Diese Ergebnisse waren kurzgefasst die folgenden: 1) beim Abdominaltyphus finden sich im Gehirne pathologische Veränderungen entzündlichen Charakters, analog denjenigen, welche bei andern entzündlichen Processen im Gehirne (Trauma, Otitis interna) auftreten können, und in beträchtlicher Anhäufung von wandernden Elementen in den perivasculären und pericellulären Gehirnräumen bestehen. Die Wanderzellen können selbst ins Protoplasma der Nervenzellen eindringen und dort eine Theilung des Kerns und des Protoplasmas der Nervenzelle hervorrufen. Die Theilung der Nervenzelle konnte auch ganz selbstständig (ohne Eindringen der Wanderzellen) beobachtet werden. 2) Beim Flecktyphus kann die Anhäufung in den perivasculären und pericellulären Räumen so hochgradig werden, dass es zur Bildung einer Art von miliaren Granulationsknötchen kommt, die den Miliartuberkeln zu vergleichen sind und die sich oft in grosser Anzahl über die verschiedenen Gehirndistricte verbreitet finden. Die Proliferationserscheinungen in den Wänden der Gehirngefässe sind dabei viel stärker ausgeprägt, als beim Abdominaltyphus.

Digitized by Google

Der Verf. verficht die Beweiskraft seiner Untersuchungen, hält die Ergebnisse derselben vollständig aufrecht und bringt im ersten Theile des Aufsatzes neue Thatsachen herbei, welche den angeregten Gegenstand unmittelbar berühren und zu denen er auf experimentellem Wege gelangt ist. Vergiftungen von Kaninchen mit Chloroform, Aether und Amylnitrit, sowie Versuche über die Einwirkung erhöhter Temperatur bei gleichen Thieren haben gezeigt, dass in der Grosshirnrinde der Versuchsthiere die wandernden Elemente in den perivasculären und den pericellulären Gehirnräumen viel zahlreicher gefunden wurden, als es in dem Gehirn normaler, durch Aderlass getödteter Kaninchen der Fall ist. (Bezüglich der Versuchsanordnung und den Erscheinungen während des Lebens muss auf das Origin. verwiesen werden.) Es wurde auch manchmal Eindringen von indifferenten Körperchen in das Protoplasma der Nervenzelle beobachtet. Die angeführten Erscheinungen traten nicht nur bei längere Zeit dauernden und mehrmals wiederholten Vergiftungen ein, sondern auch bei Thieren, welche nach einer einzigen Sitzung der Vergiftung in acuter Weise erlagen. Das Gehirn der mit Chloroform oder Aether vergifteten Thiere zeigt nicht selten besonders starke Ansammlungen von Wanderelementen an der Grenze zwischen der ersten peripherischen feinkörnigen und der zweiten kleinzelligen Schicht und innerhalb der letztern, oft auch inselförmig auftretend, entsprechend dem Ausbreitungsbezirk eines bestimmten Gefässes. Bei Amylnitrit-Vergiftungen liess sich eine besondere Bevorzugung einzelner Schichten nicht beobachten. Dass diese Erscheinungen nicht einfach durch Paralyse der vasomotorischen Nerven bedingt seien, hat Verf. durch Controllversuche (Durchschneidung des Halssympathicus) bewiesen, nach denen keine so beträchtliche Zellanhäufung gefunden wurde. Es muss also ausser dem vasomotorischen Effect noch eine Reizung gewisser Hirndistricte durch die eingeführten Giftkörper stattfinden, infolge dessen die Anhäufung indifferenter Elemente gerade in diesen Districten auftritt. Die Versuche beweisen, dass dies in relativ kurzer Zeit (1—2 Stunden) auftreten und sich bis zu einer sehr beträchtlichen Intensität entwickeln kann. Bei den Thieren, welche entweder dem einmaligen oder wiederholtem Einflusse der Erhitzung ausgesetzt waren, zeigte das Gehirn makroskopische Hyperaemie, ausserdem fanden sich in einigen Beobachtungen Haemorrhagien sowohl in den Hirnhäuten, als auch in der Hirnsubstanz. Mikroskopisch zeigte sich allgemeine „Trübung", die Ganglienzellen erschienen zugleich geschwollen und körnig verändert (zum Theil fettige Degeneration). Hier und da waren mehrere kernartige Gebilde (Kerntheilung) und Einwandrung farbloser Blutelemente in den Ganglienzellen verhanden.

Binswanger.

Pathologie des Nervensystems.

5) Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique, pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques par Charcot. (Communication faite à la Société de Biologie le 7 Janvier 1882. Le Progrès méd. Nr. 2, S. 20.)

Als neuromuskuläre Hyperexcitabilität der Hypnotischen hat Verf. in früheren Mittheilungen die bei Hysterischen während des künstlich herbeigeführten Hypnotismus constatirte Erscheinung beschrieben, dass die sonst und auch bei ihnen im wachen Zustande nur für die elektrische Reizung in bekannter Weise erregbaren Körperstellen bereits auf einfachen mechanischen Reiz reagiren. Neuerdings hat er nun bei im Ganzen fünf hysterischen Personen während der artificiellen hypnotischen Lethargie gleichzeitig mit dieser neuromuskulären Uebererregbarkeit constante Reizerfolge der Application galvanischer Ströme am Schädel beobachtet, welche bei Controlversuchen ausserhalb des Hypnolismus vorher und nachher niemals zu Stande kamen. Wenn nämlich die eine Elektrode (Kathode) am Sternum, die andere an einem Stirnhöcker oder einige Centimeter über der Ohrmuschel oder auch bei einer anderen Versuchs-

Digitized by Google

anordnung beide Elektroden an einer Schädelhälfte (die eine auf der Höhe des Scheitels 2—3 Centimeter von der Mittellinie in der Verlängerung der Verticalen durch den äusseren Gehörgang, die andere vor der Ohrmuschel) fixirt wurden, so bewirkten Stromschliessungen, weniger regelmässig Stromöffnungen, am leichtesten Stromwendungen eines galvanischen Stromes 20° bis 30° Nadelausschlag eines nach je 10 Mm. eingetheilten Galvanometers (?), welcher durchschnittlich 4 bis 10 Leclanché'sche Elemente erforderte, regelmässig in der entgegengesetzten Körperseite Rucke (secousses), sei es im Mundwinkel, welcher nach aussen gezogen wurde, sei es in der Oberextremität, sei es in der dann schnell erhobenen Unterextremität oder auch an zwei dieser Stellen oder an allen zusammen.

Ohne vorläufig darauf eingehen zu wollen, ob die galvanische Reizung direct durch die Schädelwandung hindurch oder durch Induction auf das Gehirn wirke und auf welche Theile desselben (Rinde, Mantel oder Basis), glaubt Verf. jedenfalls diese Beobachtungen auf eine der hypnotischen Lethargie eigenthümliche Impressionabilität der motorischen Zone des Gehirns für den galvanischen Strom zurückführen zu müssen. E. Remak.

---

6) **Kystes hydatiques du coeur, du cerveau et des méninges** von M. G. Laurand. (Soc. anat.; Séance du 27. Mai 1881. Progrès méd. 1882, No. 2.)

Ein 18jähriger Mann erkrankte mit anhaltendem, dumpfem, diffusem Kopfschmerz, der zeitweise zu excessiver Höhe anwuchs; im weiteren Verlauf stellte sich häufiges Erbrechen ein, Pulsverlangsamung, Differenz der Pupillen zu Ungunsten der linken, Trägheit der Reaction beiderseits. Keine Störung der Sensibilität, Motilität und Intelligenz. Tod 4 Wochen nach Eintritt der ersten Erscheinungen im Coma. Die Section ergab in der rechten Hemisphäre zwei die Oberfläche überragende Hydatidencysten, deren eine, von der Grösse eines Eies, fast bis auf den Seitenventrikel ging, deren andere fast den ganzen Hinterhauptslappen einnahm; mehrere kleinere Cysten in den Seitenventrikeln, eine kleine Blase an der Innenfläche der Dura. Aehnlicher Befund im Herzen, während die Leber und anderen Organe frei von irgend welchen pathologischen Veränderungen waren. Tuczek.

---

7) **Hémichorée sans hémianesthésie** von L. Galliard. (Soc. anat.; Séance du 27. Mai 1881, Progrès méd. 1882, No. 2.)

Eine 76jährige, früher nervöse, aber sonst gesunde Dame, wird plötzlich nach einem Schwindelanfalle ohne Bewusstseinspause von Lähmung und lebhaften Zuckungen der rechtsseitigen Extremitäten befallen. Die motorische Lähmung, anfangs nicht absolut, nahm in den nächsten Tagen zu und erstreckte sich auch auf den Facialis derselben Seite: ferner wurden geringe Sprachstörungen beobachtet. Die Sensibilität, auch für die Specialsinne, blieb von Anfang bis zu Ende intact. Die choreatischen Bewegungen in den gelähmten Gliedern blieben, mit wechselnder Lebhaftigkeit, bis zu Ende bestehen. Tod im Coma am 16. Tage. Es fand sich im Gehirn neben leichter Atheromatose der Gefässe an der Basis links ein linsengrosser hämorrhagischer Herd im hinteren Abschnitt der inneren Kapsel (genauere Localisation fehlt. Ref.) Sonst keinerlei Herderkrankungen. Tuczek.

---

8) **Ueber nucleäre Augenmuskellähmungen** von L. Lichtheim in Bern. (Correspondenzbl. f. Schweizer Aerzte 1882. Nr. 1 u. 2.)

Bei einem 21jährigen früher gesunden Mädchen entwickelte sich im Laufe von 3 Jahren, ohne irgend welche andere Symptome, eine Reihe von Augenmuskellähmungen. Das Leiden hatte mit doppelseitiger Ptosis begonnen und stellte sich im ausgebildeten Zustand folgendermaassen dar: Vollkommene Ptosis beider oberen Augen-

Digitized by Google

lider, starke Prominenz der Bulbi besonders linkerseits, fast vollständige Lähmung sämmtlicher Augenmuskeln der linken Seite. Rechts sind die vom Abducens und Trochlearis innervirten Muskeln intact, die vom Oculomotorius versorgten Bewegungsmuskeln des Augapfels in verschiedenem Grade gelähmt, am stärksten der Rectus internus und superior. Dagegen ist beiderseits Weite und Beweglichkeit der Pupille, sowie die Accomodation völlig normal. Störungen im lichtempfindenden und dioptrischen Apparat (abgesehen von einer mächtigen Myopie) sowie anderen Erscheinungen eines cerebralen Leidens fehlen. Quecksilber, Jodkali, Strychnin und andere Mittel brachten in dem Zustand nicht die geringste Aenderung hervor.

Bei den Fragen nach der Natur der zu Grunde liegenden Affection schliesst Verfasser zunächst die Annahme eines basalen Leidens aus durch das Intactsein der ciliaren Oculomotoriusfasern. Eine intraorbitale Ursache des Leidens könnte aus demselben Grunde nur unter der Annahme für möglich gehalten werden, dass die jene Fasern führende Radia brevis ad ganglion ciliare in abnormer Weise den Oculomotoriusstamm verliesse, ehe sich derselbe in seine Aeste gespalten hätte, und dass jenseits dieser Abgangsstelle die Lähmungsursache liege. Diese Eventualität weist L. zurück unter Hinweis auf Fälle von Gräfe, die durch die langsame Entwickelung zu einem alsdann stationär bleibenden Zustand, durch den symmetrischen Charakter der Lähmungen und besonders durch das auffällige Freibleiben der Fasern für die Accomodation und für den Sphincter Iridis mit dem seinigen vollkommen übereinstimmten, so dass es sich hier unzweifelhaft um ein typisches, scharf abgegrenztes Krankheitsbild handele. Gegen einen primär myopathischen Ursprung der Krankheit spricht schon das völlige Verschontbleiben einzelner Muskeln des rechten Auges.

Es weist demnach Alles hin auf einen centralen Sitz des Leidens. Die Zusammensetzung des sehr langgestreckten Oculomotoriuskerns aus einzelnen sagittal hintereinander gelegenen, functionell verschiedenen Nervenkernen, deren isolirte Reizbarkeit Hensen und Völckers beim Hunde nachwiesen, macht es verständlich, dass einzelne Functionen bei Läsionen innerhalb seines Kerns erhalten bleiben können. Die Uebereinstimmung des vorliegenden Falles mit jenen Reizversuchen ist, wenigstens bezüglich des rechten Auges, sehr vollständig: Der Rectus internus, superior und Ler. palpebr., entprechend dem mittleren Theil des Oculomotoriuskerns, sind am schwersten betroffen; Accomodation und Pupillenbewegung — nach H. und V. im vordersten Centrum, am Boden des 3. Ventrikels vertreten — sind frei; Rectus inferior und Obl. inferior — deren Centrum am weitesten nach hinten resp. unten, bis unter die hinteren Vierhügel reicht — sind am leichtesten betroffen. Die Betheiligung des Trochleariskerns ist leicht erklärlich, da derselbe nur als der unterste Theil der den Oculomotoriuskern repräsentirenden grossen Zellensäule zu betrachten ist. Dagegen verwirft Verfasser die Einbeziehung des erheblich tiefer gelegenen Abducenskerns in denselben Krankheitsherd. Da nämlich der Oculomotorius, Abducens und Trochlearis derselben Seite gelähmt sind, die beiden ersteren dem gleichnamigen, letzterer aber dem gekreuzten Kern entspricht, da ferner der Trochlearis der anderen Seite verschont geblieben ist, so muss zwischen den leitenden Oculomotorius- und Abducenskernen der intact gebliebene Trochleariskern angenommen werden, womit die Annahme eines continuirlichen Krankheitsherdes hinfällig wird. Verfasser neigt daher mehr der Ansicht zu, dass es sich hier um eine Krankheit handele, die eine Reihe functionell mit einander verknüpfter Kerne gemeinsam befällt, ähnlich wie bei der progressiven Bulbärparalyse räumlich getrennte aber functionell zu einander in Beziehung stehende Nervenkerne im unteren Theil der Rautengrube gleichzeitig erkranken.

Der chronischen Form des durch obigen Fall illustrirten Krankheitsbildes stellt L. — ebenfalls nach Analogie der Bulbärparalyse — eine acute entgegen, die er bei einem früher syphilitischen 54jährigen Manne beobachtete. Hier ent-

Digitized by Google

wickelte sich ganz acut vollständige Lähmung der Augenmuskeln beider Seiten, mit alleiniger Verschonung des rechten Obliquus sup. und des linken Rectus externus. Die Accomodation war auch hier auf beiden Augen erhalten, während die Pupillen erweitert und starr waren. Befallen waren also: Der Oculomotorius beiderseits, der rechte Abducens und der linke Trochlearis. Verfasser nimmt dementsprechend hier einen Krankheitsherd an, der rechts nur den obersten Theil des Oculomotoriuskerns verschont und bis zum Abducenskern herabreicht, während er links nur die entsprechende Partie des Oculomotoriuskerns in Mitleidenschaft zieht.

Zum Schlusse erwähnt Verfasser zwei ähnliche acut verlaufende Fälle, in denen Wernicke die Diagnose einer acuten Entzündung des centralen Höhlengraus der betreffenden Partien („Polioencephalitis superior" als Analogon der „Poliencephalitis inferior" bei bulbären Affectionen) durch die anatomische Untersuchung bestätigen konnte. Diese Fälle hat W. inzwischen im II. Bande seines Lehrbuches der Gehirnkrankheiten (S. 233—247) mitgetheilt; es fand sich eine flächenhafte, von dem hinteren Theil des Bodens des 3. Ventrikels durch den Aquäduct bis zum oberen Theil der Rautengrube sich erstreckende hämorrhagische Encephalitis. Tuczek.

---

9) **Augenkrankheiten bei Masturbanten** von Prof. Dr. Hermann Cohn in Breslau. (Sep.-Abdr. aus Knapp-Schweigger's Arch. für Augenheilkunde, XI. 1882.)

Verf. verkennt von vorne herein nicht die Schwierigkeiten der Erklärung des causalen Zusammenhangs zwischen Onanie und Augenleiden. Man wird aber mit der Annahme eines causalen Zusammenhangs überhaupt vorsichtig sein müssen, wenn die Onanie so verbreitet ist, dass, wie Verfasser annimmt, jeder junge Mann und jedes junge Mädchen etwas onanirt, (von 100 : 99) und dass, wenn sie es leugnen, sie die Wahrheit verheimlichen. (Nach den Erfahrungen des Ref. dürfte der Procentsatz der Onanie treibenden Jugend wohl erheblich geringer sein.) Doch es handelt sich in der vorliegenden Mittheilung um Fälle, in denen eingestandenermaassen Jahre lang und meist, täglich mehrere Male Onanie getrieben worden ist; die Mehrzahl gestand 5—7 Jahre, manche 10 Jahre, einer sogar 23 Jahre, und in solchen Fällen wird Niemand den schwächenden Einfluss auf den ganzen Körper, speciell auf das Nervensystem leugnen.

In 15 solchen Fällen sah Verf. Photopieen (das Wort gebildet, wie Myopie, Presbyopie, daher nicht Photopsie), subjective Lichterscheinungen bei jugendlichen Personen, deren Auge eine vollkommen normale Pupille, Sehschärfe und Tension, einen intacten Raumsinn, Lichtsinn, Farbensinn, klare Medien, einen ganz gesunden Sehnerven und normale Netzhaut zeigen.

Die Photopieen bestanden in einer Blendung oder in Flimmern (Sterne, Rädchen, Strahlen u. s. w.), fast immer waren sie doppelseitig. Mehrmals kam es zu wirklichen Photophobieen. Die Dauer derselben schwankt zwischen 4 Wochen und mehreren Jahren. Von anderen nervösen Erscheinungen waren die Erscheinungen der Neurasthenie, besonders Schlaflosigkeit und starke Pollutionen, vorhanden.

Sämmtliche Kranke standen zwischen 15 und 30 Jahren, die meisten waren nur 25 Jahre alt, nur ein einziger Fall betraf einen 36jährigen Mann. In 3 Fällen erwies sich das Aufgeben der Masturbation und die mässige Vollziehung eines natürlichen Beischlafs als Heilmittel. Ausser diesen krankhaften Erscheinungen beobachtete Verf. bei Onanisten hartnäckige Bindehautentzündungen, ferner möchte er noch einem Zusammenhang zwischen Onanie und Blepharospasmus in einer Reihe von Fällen annehmen (Knaben und Jünglinge von 8—20 Jahren, welche blass aussehen u. s. w.)

Auch in Bezug auf anderweitige Augenkrankheiten in angeblichem Zusammenhang mit Onanie (Amblyopie, Hyperaemie optici u. s. w.) theilt Verf. aus der Literatur eine Reihe von Beobachtungen mit und führt er schliesslich die differirenden An-

Digitized by Google

sichten der Neuropathologen über die Gefahren der Onanie an. Zur Beschränkung der Onanie schlägt Verf. Belehrung der Jugend (in Tertia und Secunda) Seitens der Lehrer über die schädlichen Folgen vor. M.

---

10) Ueber die mechanische und electrische Erregbarkeit des Herzens und des Nervus phrenicus von v. Ziemssen. (Deutsches Arch. für klin. Med. Bd. XXX, S. 286. 18. Januar 1882.)

An dem freiliegenden, nur von der äusseren Haut der Brustwand bedeckten Herzen einer Patientin (Kath. Serafin), welcher im Jahr 1878 in der Breslauer chir. Klinik ein grosses Ecchondrom der linken vorderen Brustwand exstirpirt worden ist, hat der Verf. Untersuchungen über die electrische Erregbarkeit des N. phrenicus und Herzens angestellt. Der N. phrenicus konnte in seinem Verlauf auf dem rechten Ventrikel faradisch und galvanisch leicht gereizt und das Zwerchfell dadurch zur Contraction gebracht werden. Schmerzempfindungen traten dabei nicht auf, was der Luschka'schen Angabe über die sensible Natur einzelner Phrenicusfasern widerspricht. Die Zuckungsformel bei galvanischer Reizung des N. phrenicus ist die gewöhnliche der motorischen Nerven.

Das Herz war für den Inductionsstrom, selbst bei den höchsten Stromstärken, durchaus unerregbar. Nur geringe Unregelmässigkeiten der Contractionscurve wurden beobachtet. Dagegen konnte das Herz durch den galvanischen Strom, wobei der differente Pol in die Gegend der Vereinigung beider Ventrikel und Vorhöfe applicirt wurde, sehr prompt gereizt werden. Auch hierbei zeigte sich die gewöhnliche Normalformel des quergestreiften Muskels. Bei ausreichend starken Strömen konnte durch eine regelmässige Reizung mit wechselnder Stromrichtung die normale Herzfrequenz willkürlich in irgend eine höhere (bis 140—180) Frequenz umgewandelt werden. Durch starke Ströme konnte auch bei langsamer Reizung die Herzfrequenz bis auf 60 reducirt werden, wobei freilich Unregelmässigkeiten der Herzcontractionen eintraten. Auch durch einen starken ununterbrochen fliessenden Strom trat eine Beschleunigung der Schlagfolge um das zwei- bis dreifache des Normalen ein, welche mit dem Oeffnen der Kette prompt in die normale Frequenz umschlug. — Endlich wurden noch Versuche angestellt auch bei anderen Personen mit unverletzter Brustwand galvanische Reizeffecte am Herzen aufzuweisen. Dieselben ergaben ein positives Resultat, über welches eine ausführliche Mittheilung noch erfolgen soll, namentlich auch über die Frage, ob auf diese Weise ein therapeutischer Einfluss auf das Herz ausgeübt werden kann. Strümpell.

---

11) Beiträge zur Kenntniss der epidemischen Cerebrospinalmeningitis von Dr. Karl Jaffé. (Deutsches Arch. f. klin. Med. Bd. XXX, S. 332.)

Verf. theilt die Krankengeschichten und Sectionsbefunde von 17 grösstentheils im Jahre 1879 im Hamburger Krankenhause beobachteten Fälle von epidemischer Meningitis mit. Von einzelnen seltenen Complicationen sind zu erwähnen: 2mal ulceröse Endocarditis, einmal zugleich mit eitriger Pericarditis verbunden, 5mal Gelenkaffectionen, 1mal Abscesse in den Nackenmuskeln. Von den 17 Fällen starben 10, geheilt wurden 7. Verf. hält die Meningitis zwar für eine Infectionskrankheit, aber nicht für eine parasitäre! Strümpell.

---

12) Beitrag zur Pathologie und Therapie der Wuthkrankheit des Menschen mit besonderer Berücksichtigung der Curarebehandlung derselben von Dr. F. Penzoldt in Erlangen. (B. klin. Woch. 1882, Nr. 3 u. 4.)

Der in mehrfacher Beziehung interessante Fall betrifft einen 11jährigen Knaben, bei dem 11 Tage, nachdem er von einem Hunde in die Lippe gebissen war, Lyssa auftrat. Die kurze Dauer der Incubation bringt Verf. mit der Lokalität der Ver-

Digitized by Google

letzung in Zusammenhang. Bei einer Zusammenstellung von 65 Fällen von Verletzung der Oberextremitäten ergab sich eine mittlere Incubationsdauer von 84 Tagen, bei 22 von Verletzungen des Gesichts eine solche von 48 Tagen. Unter den im übrigen gewöhnlichen Prodromalerscheinungen war in diesem Falle nur hervorzuheben, 1) eine Schwellung beider Unterkieferwinkeldrüsen, die auf Druck leicht empfindlich waren, 2) ein ausserordentlich häufiges Niesen, das Verf. als reflektorisch erregt von der Wunde resp. Narbe im Gesicht aus betrachtet. Am 12. Tage nach dem Biss, nachdem Tage vorher Erschweren des Schluckens und an demselben Tage Schlundkrampf eingetreten war, wurde Curarebehandlung begonnen. In Bezug auf das Präparat sei bemerkt, dass 0,02 Curare per injectionem für einen 6,5 Kilo schweren Hund eine tödtliche Dosis war. Das Kind bekam nun (in Dosen von 0,005, 0,01 schliesslich 0,02 Curare), im Ganzen 26 Injectionen mit 0,435 Gramm in $26^3/_4$ Stunden. Regelmässig wurde nach den ersten 22 Injectionen ein Nachlass der Krämpfe beobachtet, zuweilen eine mehrstündige Pause, oder doch wenigstens eine viertelstündige Remission. Bei der 23. Injection blieb dieser Nachlass aus, und nachdem in einer halben Stunde ohne jeden Erfolg in 4 Injectionen 0,08 Curare gegeben waren, wurde Pat. die letzten 6 Stunden vor dem Exit. lethal. (P. 160 T. 40,5) in der Chloroformnarkose erhalten. Verf. kommt zu dem Schluss, dass das Curare als symptomatisches Mittel, zur Milderung der Schlund- und Respirationskrämpfe recht werthvoll ist, dass aber ein wirklich heilender Einfluss desselben auf die Wuthkrankheit nicht erwiesen ist. (Die Offenberg'sche „Lyssa" angeblich durch Curare geheilt, hält Verf. für hysterische Krämpfe bei einer Frau, die durch Pflege eines Mannes, der der Tollwuth erlegen war, psychisch erregt wurde.) M.

---

13) Du vertige oculaire von Ch. Abadie. (Progr. méd. 1881, No. 53. 1882, No. 1.)

Dieser Zustand unterscheidet sich wesentlich von den bei Störungen der Augenmuskelthätigkeit auftretenden Erscheinungen. Bei associirten Augenbewegungen namentlich bei Richtung des Blicks nach oben, haben solche Kranke das Gefühl umzufallen, z. Th. auch heftige Schmerzen in der Wirbelsäule und eine Empfindung von Zusammenschnüren an der Nasenwurzel. Sie vermeiden desshalb möglichst alle Bewegungen der Augen. Charcot, der etwas dem Menière'schen Schwindel Verwandtes im Krankheitsbilde fand, rieth zu Belladonna, die jedoch nicht immer half. Hydrotherapie war in dem angewandten Falle von günstigem Einflusse. Verf. denkt an functionelle Störungen im Kleinhirn oder den Kleinhirnschenkeln wegen der Beziehungen dieser Theile zum Gleichgewicht des Körpers und den Augenbewegungen. An den Augen fand sich ausser einer abnormen Empfindlichkeit gegen Licht nichts Krankhaftes. Moeli.

Psychiatrie.

14) Mittheilungen aus der Provinzial-Irrenanstalt bei Bunzlau von Kleudgen. (Breslauer ärztl. Ztschr. 1881 No. 22. Sep.-Abdr.)

Eine 33jährige Idiotin, geistig sehr tief stehend, bot bei der Autopsie eine diffuse aber nicht überall gleichmässige, sondern von normalem Parenchym unterbrochene Sklerose der Gehirnrinde dar. Im Innern des Gehirns nur ganz geringe Veränderungen. — Moeli.

---

15) Contribution à l'étude de la démence épileptique von Bourneville und d'Olier, **examen histologique** von Brissand. (Arch. de Neurologie de Charcot. 1880, S. 213.)

Die Demenz ist keine selbständige klinische Form, sondern meist Endstadium

---

[1] Geheilte Hundswuth beim Menschen. Bonn 1879.

Digitized by Google

andrer Formen, sie besteht in der Schwächung aller geistiger Functionen. Die Epilepsie ist eine ihrer Hauptursachen. Die Demenz der Epileptiker tritt besonders in solchen Fällen ein, in welchen die Schwindelanfälle (Petit mal) sehr häufig auftreten, andrerseits auch verhältnissmässig schnell bei besonders schweren, gleichsam acuten Formen der Krampfanfälle. Bei der Autopsie fand sich in den meisten Fällen nichts, in andren Fällen jedoch die bekannten Veränderungen. Diese bestanden in Asymmetrie des Schädels, Verdickung der Meningen, verringertem Hirngewicht, Ungleichheit der Hemisphären, Atrophie der Stirn- und Scheitelhirnwindungen, Erweiterung der Ventrikel. Die beigefügten Krankengeschichten enthalten ebenfalls keinerlei neue Beobachtungen. — Die mikroskopischen Befunde anlangend, so wurde nur an Schnitten der gehärteten Hirntheile, nicht an frischen und Zupfpräparaten untersucht, im Ganzen bei drei Fällen. Man fand Verwaschensein der Grenzen der Pia und der grauen Substanz, was die Autoren „ankylose cérébro-meningée" nennen. Die elastischen Fasern durchkreuzten stellenweise die obersten Schichten der grauen Substanz. Diese zeigte an den makroskopisch nicht stark veränderten Stellen bei schwacher Vergrösserung normale Zeichnung, bei stärkerer Vergrösserung Verdichtung der Neuroglia und Spinnenzellen. Die Gefässe waren zahlreicher, die Lymphräume erweitert und mit Blutzellen gefüllt. Die Ganglienzellen zeigten wenig Veränderung, zuweilen konnte man Kerntheilung in einer Ganglienzelle constatiren. In der weissen Substanz fand man Vermehrung der Glia-Kerne und stärkere Entwickelung des Capillarsystems im Vergleich zum normalen Gehirn. Im Uebrigen konnte man in der weissen Substanz dieselben Dinge, welche Mierzejewski für die Dementia paralytica beschrieben hat, constatiren. Bei den Spinnenzellen wurde bemerkt, dass ihre Zahl mit dem Alter des Krankheitsprocesses zunimmt, dass sie einen oder mehrere Kerne haben, unipolar oder multipolar sind, endlich dass sie untereinander anastomosiren und stärkere Ausläufer mit Kernen haben. Dass ihre Ausläufer mit Capillargefässen in Verbindung treten, wurde ebenfalls bei einem Theile der Spinnenzellen bemerkt (angioplastische Zellen). Auch die Vermehrung der Capillaren in der weissen Substanz entspricht dem Befund bei Dementia paralytica, desgleichen die Kernwucherung in den Gefässwänden; die subadventitiellen Hämorrhagien fanden sich ebenfalls, dahingegen fehlten die miliaren Aneurysmen.

Im Ganzen charakterisirte sich also der Process mehr als eine diffuse Encephalitis, nicht bloss Meningo-encephalitis superficialis. Der Process beschränkte sich auf das Vorderhirn; es wurden Lähmungserscheinungen und die für Dementia paralytica charakteristischen Symptome der psychischen Sphäre bei diesen Epileptikern nicht beobachtet. Die Erklärung dafür ist noch zu finden. Siemens (Marburg).

Therapie.

16) Ricerche sperimentali sull' azione fisiologica e terapeutica della cocaina. (Vorläufige Mittheilung.) Von Morselli und Buccola. (Rendicanti del R. instit. Lombardo. Parte II. Vol. XIV.)

Das Cocain, das Alcaloid von crytroniton coca, ist neuerdings vielfach auf eine physiologische Wirkung hin geprüft worden (vergl. hierzu besonders die Arbeit von v. Aurep, Pflüger's Arch. XXI. S. 38). Die Verf. untersuchten die physiologischen und therapeutischen Eigenschaften dieses Arzneimittels bei Geisteskranken. Sie gaben dasselbe in Dosen von 25 Decimilligramm bis 10 Centigramm in subcutaner Injection. Zu diesen Untersuchungen verwandten sie vornehmlich Kranke, welche aneinfacher und stuporöser Melancholie litten. Die Verfasser betonen, dass sie niemals schlimme Nebenwirkungen selbst bei lange fortgesetztem Gebrauche des Mittels gesehen haben.

Bei localer Anwendung (Einträufelung von ganz geringen Dosen der Lösung 0,0025—0,005 Gr.) entsteht eine Erweiterung der Pupille, welche jedoch geringer und weniger nachhaltig ist, als bei Anwendung von Atropin; bei einigen Paralytikern

Digitized by Google

wurde constatirt, dass das Einträufeln des Cocains in beide Augen weder die pathologische Myosis des einen, noch die Mydriasis des andern Auges beeinflusste.

Bei subcutaner Anwendung werden 1) eine Steigerung der Temperatur (bis zu 38,0) verbunden mit subjectiven Wärmegefühl, 2) Beschleunigung der Respiration und 3) des Pulses nebst Aenderung der Pulsbeschaffenheit (Pulsus celer) beobachtet. Die Ernährung wird nicht wesentlich beeinflusst; der Schlaf wird bei länger fortgesetztem Gebrauche des Mittels tiefer und länger dauernd.

Die psychischen Functionen werden bei einmaliger Gabe selbst grösserer Dosen (bis 10 Centigramm) nicht wesentlich beeinflusst. Bei länger fortgesetztem Gebrauche (2 Monate lang mit allmählich steigenden Dosen von 0,005—0,10 Gr.) wurde aber eine deutliche Besserung des melancholischen Zustandes constatirt. Die Schlaflosigkeit wich, die Kranken wurden lebhafter, gesprächiger, thätiger, die Nahrungsaufnahme besser, die Darmthätigkeit geordneter. Bei einfacher Melancholie wurde allmählig dauernde Besserung erreicht; bei der Melancholia attonita oder stupida war der Erfolg geringer; die Verf. betonen hierbei hauptsächlich die Besserung der Ernährung. Binswanger.

---

17) **Ein Fall von (secundärer) Nervennaht am N. ulnaris** von Dr. M. Bernhardt und Dr. M. Treibel in Berlin. (Separatabdr. aus Berl. med. Woch. 1881, Nr. 46.)

Ein Maurer verletzte sich im Septbr. 1880 dadurch, dass er mit dem rechten Vorderarm in Glas fiel, etwa 4 querfingerbreit oberhalb des Handgelenkes. Schmerzen in der Narbe, Druck auf dieselbe ruft Prickeln im Kleinfingerballen und kleinen Finger hervor, der letztere vollständig unempfindlich. Atrophie der Muskeln desselben. Die Finger, besonders 4. und 5. stehen in Krallenstellung. Von Zeit zu Zeit an dem kleinen Finger mit serös, sanguinolentem Inhalt gefüllte Blasen. (Troph. Störung.) Operation am 30. Januar 1881 durch direkte Nervennaht des Ulnaris. Absolute Prima intentio. Erfolg der Operation negativ: 8 Monate nach der Operation noch derselbe Zustand, wie vorher. M.

---

18) **Zur Lehre von der Nervennaht und der Prima intentio nervorum** von Dr. Falkenheim in Königsberg i. Pr. (Deutsche Zeitschr. f. Chir. XVI, 1 u. 2, S. 31.)

Verf. giebt eine ausführliche historische Uebersicht über die bisher veröffentlichten Fälle von Nervennaht beim Menschen (39 Fälle), sowie über die zahlreichen Experimente an Thieren. Eigene Experimente (23) bei Kaninchen, Hunden, Katzen, Hühnern und Tauben, mit Durchschneidung und Naht des Ischiadicus und Vagus ergaben in keinem Falle eine Wiederherstellung der Leitung. Die Wundheilung geschah immer prima intentione.

Dagegen zeigte sich in einer Reihe von Versuchen beim Kaninchen, bei denen er im mittleren Drittel des Oberschenkels, wo Tibialis zwischen Peroneus und Saphenus minor liegt, den ersteren durchstach, wobei also die Bewegungen des Unterschenkels zum Oberschenkel keine Störung erfahren, folgendes Verhalten: Die ersten Tage schleppten die Kaninchen den operirten Fuss etwas nach und setzten die letzten Zehenglieder mit der Dorsalfläche auf, nach einigen Tagen liefen sie jedoch trotz der Unterbrechung der nervösen Leitung im Ischiadicus in fast normaler Weise; und zwar wird dies möglich durch die passive Wirkung des Extens. digitor. ped. commun. Die elektrische wie mechanische Reizung des durchschnittenen Nerven, central wie peripher vorgenommen, gab auch hier im Sinne der Wiederherstellung ein negatives Resultat.

Trotz der negativen Resultate bei Thieren kommt Verf. nach den Resultaten beim Menschen zu dem Schluss, dass die primäre Nervennaht, besonders die indirekte

Digitized by Google

durch das Perineurium, bei frischen Verletzungen nicht nur empfehlenswerth, sondern Pflicht sei. Ob im gegebenen Falle zur secundären Naht zu schreiten ist, wird von der Summe der Störungen abhängen, welche durch die Paralyse des Nerven bedingt sind. Ist sie irgendwie erheblicher, so dürfte die Operation indicirt sein, welche zwar ein günstiges Resultat nicht mit Sicherheit in Aussicht stellt, wohl aber die Chancen für eine Wiederherstellung der Leitung bedeutend verbessert.

M.

---

19) **On Hyoscyamia as a Depressor-Motor** von Seguin. (Original in den Archives of Med. Ref. (W. Murrell) in The London Med. Rec. 15. Jan. 1882.)

0:012 Hyoscyamin, zweimal täglich, verschafften bei Paralysis agitans 1—3 Stunden Ruhe; ein ausführlich geschilderter Fall wurde sehr erfolgreich für 6 Wochen mit mehrfachen Injectionen pro die von 0,02, wobei deutliche Intoxicationserscheinungen auftreten, behandelt. Anschliessende Cur mit 0,002 Pillen. Bei Aussetzen des Mittels stets Rückkehr des Tremors. — Weiter empfohlen bei Chorea und bei uraemischen Krämpfen.

von den Steinen.

---

20) **On the therapeutical uses of Nitro-Glycerine** von W. A. Hammond. (Vortr. in der New York Neurol. Soc. am 4. Oct. 1881. Referirt (W. Murrell) in The London Med. Rec. 15. Jan. 1882.)

Mittheilung über 1) ausgezeichneten Erfolg bei Migräne. Bei einem sehr schweren Fall habe ein Tropfen von 1% Lösung sofort die Schmerzen beseitigt. 5 Tage später dieselbe Wirkung. Bei regelrechtem Gebrauch kein Anfall in den letzten 9 Monaten. In „15 bis 20" Fällen mit vollkommenem Erfolg gegeben. Das Nitroglycerin 2) empfehlenswerth bei Epilepsie; besenders im Status epilepticus erprobt, wo Bromkali nicht half (ein Kind mit 3—4 Anfällen wöchentlich seit 2 Jahren sei durch obige Dosen geheilt), und 3) von Nutzen bei Angina pectoris.

von den Steinen.

---

21) **On Indian Hemp in Hydrophobia** von Ruxton. (Brit. Med. Jour., Nov. 1881.)

Ein Fall von Lyssa (6jähriger Knabe) sei bei nasser Einpackung und einigen tief narkotisirenden Dosen von Cannabis ind. rasch genesen.

von den Steinen.

III. Aus den Gesellschaften.

Krankenvorstellung in der Sitzung des Vereins für innere Medicin am 19. Decbr. 1881 von M. Bernhardt. (Deutsche med. Wochenschrift 1882, No. 3, S. 41.)

Die durch Fall auf die rechte Schulter vor einigen Monaten bei einem 32jährigen Manne entstandene, auch im elektrodiagnostischem Sinne schwere atrophische Armlähmung ist wesentlich genau in denselben Muskeln (M. deltoideus, biceps, brachialis internus, supinator longus und brevis) lokalisirt, wie in den von Erb, dem Referenten und ten Cate Hoedemaker veröffentlichten Fällen (im Ganzen 9—10). Besonderes Gewicht glaubt der Vortragende darauf legen zu sollen, dass die Betheiligung des M. infraspinatus in dem vorgestellten und in einem zweiten von ihm beobachteten Falle zum ersten Male nachgewiesen werden konnte. Eine ausführliche Publication wird noch in Aussicht gestellt. (Referent hat mit den früher von ihm in der Berl.

Digitized by Google

klin. Wochenschrift 1877, No. 9 bekannt gegebenen einschlägigen Fällen im Ganzen sechs klassische Fälle dieser Art beobachtet, welche er gelegentlich noch publiciren wird. Der M. infraspinatus war einige Male in geringem Maasse betheiligt, in einem ganz reinen Falle aber absolut intact[1]. E. Remak.

Aus der Cambridge med. Society, Sitzung am 2. Decbr. 1881.

Delirium tremens. Latham unterscheidet in Bezug auf Behandlung 3 Klassen von Delirium tremens-Kranken: 1) mässig kräftige, 2) robuste, besonders junge Männer, 3) herabgekommene Individuen mit Organerkrankungen. Bei den ersteren empfiehlt er (wenn kein Albumen da ist) die ersten 24 Stunden: kräftige Nahrung, Alkohol fast in gewohnter Dosis, dann eine Dosis Calomel und sodann Opium (als Morphiuminjection erst $^1/_2$ Gran, dann halbstündlich $^1/_4$ Gran, bis Schlaf erfolgt). Bei der zweiten Classe ist Hyoscyamus vorzuziehen, das wirksamer als Kal. bromat; bei der dritten ist Opium nur mit grosser Vorsicht anzuwenden, dagegen Stimulantien. Hodson empfiehlt ß capsici, speciell alten Leuten in Verbindung mit Chloral. (besonders in Indien gebräuchlich). Jungen Leuten giebt L. gern Antimon mit Opium.

British med. Journ. 7. Jan. 1882.

In der Sitzung der Société anatomique zu Paris vom 30. April 1881 zeigte Moutard Martin ein Gehirn, in dem vier horizontale Stirnwindungen sich fanden. Ballet bemerkte, dass diese Anomalie nicht selten sei, dass sie sich fast constant in den Hirnen der Verbrecher fände, deren Hemisphären Hanot gesammelt und die sich im Museum der Salpêtrière fänden.

(Le Progrès médical vom 31. Decbr. 1881.)

In der Société de Biologie (Sitzung vom 31. Decbr. 1881) sprach Magnan über einen Fall hochgradigster Dementia bei einer Frau, die seit 1870 geisteskrank war.

Unter den Veränderungen im Hirn war die Atrophie der linken Hemisphäre besonders hervorstechend, nur Stirn- und Scheitelwindungen hatten ihr Volumen und normales Aussehen erhalten. Die Atrophie war besonders im Schläfenlappen ausgesprochen. Der Gyr. angularis war fast vollständig geschwunden. Die Rindenzellen zeigten sich sehr erheblich verändert, die Gefässscheiden waren verdickt, die Kerne derselben vermehrt. Die Stirnwindungen waren fast intact, während complete Aphasie während des Lebens bestand. (Die Veränderungen des Schäfenlappens dürften hier mit in Betracht kommen. Ref.)

Die rechte Hemisphäre war beinahe intact. Aus den Beobachtungen könnte man den Schluss ziehen, dass für die Intelligenz die rechte Hemisphäre nur untergeordnete Bedeutung hat.

In derselben Sitzung theilte Delaunaya eine Selbstbeobachtung mit, wonach er sehr verschieden träumt, je nachdem er auf dem Rücken oder auf einer der Seiten liegt.

Liegt der Kopf auf der rechten Seite, sind die Träume unlogisch, und ängstlich (Alpdrücken), liegt er auf der linken Seite, dann sind die Träume „intelligents“. In dieser Lage sprechen auch gewisse Personen im Schlafe.

In der Sitzung der medicinischen Gesellschaft zu Berlin am 25. Januar d. J. wurde im Anschluss an einen Vortrag Langenbuchs die Frage der Nervendehnung discutirt. Uebereinstimmend sprachen sich sämmtliche Redner — Prof. Westphal,

[1] cf. auch dieses Centralblatt No. 2, S. 42. Lannois.

Digitized by Google

Prof. Bardeleben, Prof. Küster, Dr. Israël, Dr. Hahn, Prof. Senator, Dr. Remak, die im Ganzen über ein dahin gehöriges Material von 50—60 Fällen disponirten — dahin aus, dass die Nervendehnung bei Tabes keine Besserung der atactischen Symptome, und nur vorübergehende der neuralgischen herbeiführe, so dass die auf diese Therapie gesetzten Hoffnungen als vergebliche sich erwiesen hätten. Nur in Fällen peripherer Neuralgien scheint wiederholt Nervendehnung mit nachfolgender Excision von Nervenstücken Erfolge aufzuweisen. Die Discusion wird am 1. Februar fortgesetzt, und kommen wir demnächst äusführlich darauf zurück.

Heads and Hats. (The London med. Rec. 15. Jan. 1882. Miscellany.)

Englische Hutmacher haben, wie F. F. Tuckett mittheilt und von mehreren Gelehrten eingehend discutirt wird, die alarmirende Beobachtung gemacht, dass in den letzten 25 Jahren der Durchschnittsumfang der Hüte um eine ganze Nummer — ca. $^3/_8$ Zoll — abgenommen hat, und hieraus den Schluss gezogen, dass die Köpfe der letzten Generation entsprechend kleiner geworden sind. Allein die Beweiskraft dieser Statistik werde durch folgende Einwände erschüttert; 1) man lasse sich jetzt das Haar kürzer schneiden; 2) man trage die Hüte, statt wie früher dicht über den Ohren, jetzt oben auf dem Kopfe; 3) (führt Roberts zu Felde) zu der huttragenden Gemeinde sei eine grosse Zahl kleinköpfiger Individuen — Schreiber und Ladenverkäufer — hinzugetreten, die vordem ohne Hut gingen, und 4) falle die grossköpfige Classe der Geistlichen aus, welche heutzutage den Cylinder mit dem Filz vertauscht haben. — (Stehen wir hier einem constant wirkenden Gesetz gegenüber, so stellen hoffentlich die Schneider Londons bald eine ähnliche Statistik für die Körperlänge auf, damit den Riesen der Vorzeit endlich eine wissenschaftliche Beglaubigung erwächst. Schon jetzt ist es leicht zu berechnen, dass der Helm des Achilles mindestens $5^1/_2$ Fuss im Umfang gemessen hat. Doch welch' betrübende Aussicht eröffnet sich den Hutmachern der Zukunft, wo sich nun mit Zahlen beweisen lässt, dass in noch nicht $1^1/_2$tausend Jahren die Menschen — durchschnittlich — gar keine Köpfe mehr haben werden. Ref.) von den Steinen.

Die Eröffnung der Provinzial-Irrenanstalt und psychischen Klinik bei Bonn.

Der 12. Januar 1882 war ein Ehrentag für die rheinische wie deutsche Psychiatrie!

Ein grosses Werk, die Reorganisation des rheinischen Irrenwesens, fand an diesem Tage durch die Eröffnung der letzten der neuen 5 Irrenanstalten Rheinlands bei Bonn ihren Abschluss.

An solchen Tagen ziemt es sich wohl der Mühen und Schwierigkeiten zu gedenken, welche sich der Ausführung jener Reorganisation entgegen gestellt haben, sowie der Männer, welche ihre Kraft für diese Riesenaufgabe eingesetzt hatten, deren Vollendung nahezu 18 Jahre erfordert hat.

Es war daher ein erfreuliches und die Feier hebendes Zusammentreffen, dass dem Vater der ganzen Bewegung, deren Abschluss an diesem Tage gefeiert wurde, dem Geh. Rath Dr. Nasse diese grösste Anstalt des Rheinlandes, übergeben wurde, zumal er berufen ist als Lehrer der mit der Anstalt verbundenen psychiatrischen Klinik vorzustehen. Dieses Zusammentreffen war ein um so glücklicheres, als damit der Sohn die Lehrthätigkeit auf demselben Boden betritt, auf welchem Friedrich Nasse, der Begründer der rheinischen psychiatrischen Schule, gelehrt und gewirkt hat, derselbe, welcher zuerst den Ruf nach psychiatrischem Unterricht der Studirenden in Deutschland erhoben hatte.

Mit Freude konnten ferner in der festlichen Versammlung noch Männer begrüsst werden, deren besonderer thätiger Mitwirkung an dem vollendeten Werke gedacht werden muss.

So nahmen an der Feier Theil die beiden berufenen Sachverständigen der Platz- und Baucommission, welche im Verein mit Herrn Geh. Rath Dr. Nasse einen ehren-

Digitized by Google

vollen Antheil an der Ausführung des grossen Werkes haben. Die Herren Geheimräthe von Schweizerhof-Berlin, Laehr und Snell von Hildesheim. — Da sassen ferner noch zwei Mitglieder jener „Sechser-Commission", welche im Jahre 1864 auf die Berichte Nassse's hin vom 17. rheinischen Provinziallandtage zur Begutachtung der Bedürfnissfrage einer Reorganisation des rhein. Irrenwesens gewählt wurden. Es waren dies die Herren Justizrath Bremig von Coblenz und Freiherr von Geyr-Schweppenburg von Aachen, denen an diesem Tage zu danken eine Ehrenpflicht ist, wie den dahingeschiedenen Mitgliedern jener Commission, den Herren Commerzienrath v. d. Heydt, Bürgermeister Contzer, Apotheker D. Riegel und ganz besonders dem damaligen Landtagsmarschall Freiherrn Reiz von Frentz ein ehrender Nachruf gebührt, Männern, deren hochherziger Gesinnung der Hauptantheil an der Vollendung des grossen Humanitätswerkes gebührt.

Es kann hier nicht der Ort sein, auf die specielle historische Darlegung jener Bauperiode der Anstalten einzugehen.

Es wird genügen daran zu erinnern, dass jene Commission auf die Berichte Nasse's hin in erster Linie beschloss, die bisherige Central-Heilanstalt in Siegburg völlig aufzugeben, nachdem ihre Unbrauchbarkeit anerkannt war, dass ferner auf die Beschlüsse dieser Sechser-Commission hin dem 18. Prov.-Landtage eine Reihe von Resolutionen vorlagen, die nach einigen Abänderungen im Jahre 1868, von der Krone gutgeheissen wurden und die Grundlage zur Angriffnahme von fünf neuen combinirten Heil- und Pflegeanstalten, je einer für jeden Regierungsbezirk der Rheinlande führten.

Der Bau sollte Schwierigkeiten im Uebermass finden. Nicht die Bauleitung allein, die Nothwendigkeit des Baues an und für sich, welcher unglücklicher Weise gerade in die sogenannten Gründerjahre fiel und enorme Mehrkosten erheischte; der Prov.-Verwaltungsrath wie die Sachverständigen wurden in und ausserhalb der Presse angefeindet und es schien zuweilen, als könnte das mit Begeisterung unternommene Werk nicht zur Vollendung geführt werden.

Um so erfreulicher ist es dagegen, jetzt einen völligen Umschlag der öffentlichen Meinung bezüglich der Nothwendigkeit wie Zweckmässigkeit der neuen Anstalten constatiren zu können. Davon legte die Eröffnungsfeierlichkeit selbst in den beredten Worten des Herrn Landtagsmarschalls Förster zu Wied ein glänzendes Zeugniss ab. Gewiss ist es für Alle, welche an dem Reorganisationswerke Antheil haben, eine Befriedigung, dass jetzt die Grossartigkeit der Anlage und die Entschlossenheit des Vorgehens gerade so gepriesen wird, wie sie früher angefeindet worden ist.

Die Rheinländer dürfen nunmehr mit Stolz auf eine Humanitätsthat zurückblicken, der keine andere Provinz leicht Gleiches an die Seite stellen wird, nämlich mit einem Wurfe $13^1/_2$ Millionen für das Wohl ihrer unglücklichen Mitbürger aufgewendet zu haben.

Zur Eröffnungsfeier selbst waren der Landtagsmarschall der Provinz, der Provinzial-Verwaltungsrath in corpore, die Landesräthe, die Vertreter der Universität, wie der Stadt Bonn, sowie die Directoren der rheinischen Irrenanstalten geladen, die beiden vorgenannten Sachverständigen der Baucommission als Ehrengäste anwesend.

Die Feier wurde mit einem Rundgange durch die grossartige und reich ausgestattete Anstalt begonnen, welche nunmehr ihren Schwesteranstalten bald wirksam an die Seite treten wird.

Nach dem Rundgange versammelten sich die Theilnehmer in dem feierlich decorirten Festsaale der Anstalt.

Der Herr Landtagsmarschall wies sodann in eingehender Rede auf den Ernst der Feier hin und gab eine historische Uebersicht über die Entwickelung und Vollendung der Bauperiode, deren Abschluss gefeiert wurde. Schliesslich legte er die Direction der Anstalt in die Hände des Herrn Geheimrath Nasse nieder.

Dieser ergriff darauf das Wort zu einem Ausdruck des Dankes, konnte jedoch nicht verschweigen, dass selbst mit den jetzt vollendeten mächtigen Bauten das Humanitätswerk wohl begonnen, doch nicht vollendet sei und noch manche Hilfsbedürftigen, wie die Idioten und Epileptischen der Fürsorge der Provinz harrten.

Der Herr Landtagsmarschall überreichte darauf jedem der beiden Sachverständigen, den Herrn Laehr und Snell im Namen der Provinz einen prächtigen Tafelaufsatz in getriebenem Silber und als Zeichen Allerhöchster Anerkennung dem Herrn Geheimrath Nasse die Insignien des rothen Adlerordens dritter Classe.

Nach einer begrüssenden Ansprache des zeitigen Rectors der Universität Bonn an den Landtagsmarschall, als Vertreter der Provinz und an den Director der psychiatrischen Klinik Herrn Geheimrath Nasse als nunmehr officiellen Mitgliede des Lehrkörpers der Universität endete die Feier, an welche sich ein von noch manchem ernsten Wort gewürztes Festmahl in dem bewährten Gasthof „Zum goldenen Stern" anschloss.

Digitized by Google

Es war gewiss eine ernste Feier, welche am 12. Januar 1882 begangen wurde; sie wird den Theilnehmern aber in freudiger Erinnerung bleiben.

Die fünf rheinischen Anstalten zu Andernach, Bonn, Düren, Grafenberg und Merzig sind nunmehr eröffnet und ihrer Bestimmung übergeben.

Mögen sie segensreich wirken, möge vor Allem aber die junge psychiatrische Klinik zu Bonn eine fruchtbare Pflanzstätte der jetzt officiell begründeten rheinischen psychiatrischen Schule werden.

Merzig, im Januar 1882. Dr. Jehn.

IV. Personalien.

Durch Decret des Ministers des öffentlichen Unterrichts und des Cultus vom 2. Januar 1882 wurde ein klinischer Lehrstuhl für Nervenkrankheiten in der medic. Fakultät zu Paris creirt, und durch ein zweites M. Charcot auf sein Ansuchen von der Professur der pathol. Anatomie entbunden und mit diesem Lehrstuhl betraut.

Der Privatdocent an der Prager Universität Dr. Arnold Pick wurde zum Leiter der Landesirrenanstalt Dobrzan in Böhmen ernannt.

V. Vermischtes.

Foville sprach in der Acad. de méd. in Paris über die Irrenanstalt Lenzie bei Glasgow. Dieselbe hat bei 500 Kranken nicht bloss alle Zwangsmittel beseitigt, sondern auch „offne Thüren". (Indem man einen Knopf herumdreht, öffnet man alle Thüren.) F. verwirft dieses absolute Norestraint ungeachtet der ausgezeichneten Resultate, die es in Schottland liefert und meint, dass die Irren jenes Landes ruhiger und apathischer sind, als anderwärts.

Einem Menschen, der, um Mitleid zu erregen, einen epileptischen Anfall simulirt, wird eine kräftige Priese Schnupftabak in die Nase geblasen. Patient, rapide geheilt, entfernt sich unter heftiger — soweit es die Nachwirkung des Mittels gestattet — Kundgebung seiner Undankbarkeit. The Lancet XII. 1881.

In der Société de biologie (Progrès méd. 1882. No. 2) berichtet Dumontpallier von einer Kranken, welche in Folge von Schreck einen hysteroepileptischen Anfall bekam. Sie wurde dann melancholisch; es genügte nach einigen Tagen die Hervorrufung des hypnotischen Zustandes mittelst Anblickens, um nach kurzem Schlaf die Melancholie zu beseitigen. Als nach einiger Zeit die Lypemanie wieder erschien, brachte wieder das Anblicken und der hypnotische Schlaf Heilung, welche diesmal dauernd war. (!)

Siemens.

Mit Dank empfangen: 1. Revue médicale de la Suisse romande 1882. 1. 2. Mittheilungen aus der Provinzialirrenanstalt bei Bunzlau von Dr. Kleudgen, Sep.-Abdr. 3. Rivista sperimentale di Freniatria Fasc. IV. 4. Archives de Neurologie III. Nr. 7. 5. Progrès médicale 1882, 1 und 2. 6. Nervennaht von Dr. Bernhardt und Dr. M. Treibel. Sep.-Abdr. 7. Beiträge zur Lehre von der Athetose und den vasomotorischen Neurosen der Extremitäten von Dr. Bernhardt. Sep.-Abdr. 8. The London medical Record January. 9. Ueber Platzangst und verwandte Zustände von Dr. L. Loewenfeld. Sep.-Abdr. 10. Ueber Electrotherapie der Angin. pector. von demselben. Sep.-Abdr. 11. Augenkrankheiten bei Masturbanten von Prof. Dr. Cohn. Sep.-Abdr. 12. The Journal of Physiology by Foster, January 1882. 13. Die Willensbestimmungen und ihr Verhältniss zu den impulsiven Handlungen von Dr. Heinrich Spitta. 14. Gazette médicale de Paris. S. 1, 2, 3. 15. Deutsche Medicinal-Zeitung. Herausgeg. von Dr. Grosser. Nr. 4. 16. Journal of mental science January 1882. 17. Beitrag zur Beurtheilung der Hydro- und Pneumatotherapie von Dr. v. Corval. Sep.-Abdr.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. Februar. No. 4.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber den Weg der geschmackvermittelnden Chordafasern zum Gehirn von Prof. Dr. **Wilhelm Erb.** 2. Die Discussion über Nervendehnung in der Berliner medicinischen Gesellschaft von Dr. **Moeli.** 3. Notiz über vier Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarkskranken von Dr. **Ad. Strümpell.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Ueber das Rückenmarkssegment von Dr. **Carl Luederitz.** 2. Zur Kenntniss vom feineren Bau der Grosshirnrinde von **Sigmund Exner.** — Physiologie. 3. Recherches expérimentales etc. von **Brown Séquard.** 4. A comparison of sight and touch von **Bowditch** und **Southard.** 5. On the polar effects upon nerves of weak induction currents von **H. Sewall.** 6. On the blending of colours by the sole agency of the sensorium von **John Gorham.** — Pathologische Anatomie. 7. Note sur une altération du cerveau charactérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions von **Baillarger.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Ueber die Veränderungen der Hautempfindungen in fieberhaften Zuständen von **J. W. Ribalkin.** 9. A case of loss of taste from disease of the fifth nerve von **Gowers.** 10. Phénomènes produits par l'application etc. von **M. Charcot.** 11. Zur Pathogenese der acuten Spinallähmung von Dr. **M. Litten.** 12. Hemiplegie in Folge von Kohlenoxydgasvergiftung von **Rendu.** 13. Le tremblement sénile et les rapports avec la paralysie agitante von **Demange.** 14. Diabetische Neuralgieen von Prof. **Drasche.** — Psychiatrie. 15. Ueber psychische Störungen nach Hirnhämorrhagien von Dr. **E. Mendel.** — Therapie. 16. Tabes. Dehnung des Nerv. ischiadicus von **Spencer.** 17. Zur Electrotherapie der Angina pectoris und verwandter Zustände von **L. Löwenfeld.** 18. Treatment of Sciatica by Copaiva von **H. C. March.** 19. Neuralgie des Trigeminus geheilt durch Amputation der Vaginalportion von Prof. **v. Holst.** 20. Beitrag zur Wirkung der Aloë von Dr **Kohn.** 21. Du traitement de la crampe des écrivains par la méthode de Wolff von **R. Vigouroux.** 22. Etude sur le no-restraint von **Bécoulet.**

III. **Aus den Gesellschaften.** Société de Biologie.

IV. **Bibliographie.** Syphilis und Tabes dorsalis von Dr. **A. Reumont.**

V. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber den Weg der geschmackvermittelnden Chordafasern zum Gehirn.

Von Prof. Dr. **Wilh. Erb** in Leipzig.

Wie bekannt, ist es noch immer nicht endgültig entschieden, auf welchem Wege die Geschmacksfasern der Chorda tympani, nachdem dieselbe sich mit dem N. facialis vereinigt hat, schliesslich in das Gehirn gelangen, ob im Stamme des Nerv. facialis selbst, oder, nach einem erneuten Umwege, in dem Stamme

Digitized by Google

des N. trigeminus. Seitdem ich in meinem Handb. d. Krankh. d. peripher. Nerven (2. Aufl. 1876 S. 220 ff.) den damaligen Standpunkt dieser Frage dargelegt habe und dabei zu dem Resultate gekommen war, dass die Geschmacksbahnen der Chorda zuletzt wahrscheinlich im Stamme des Trigeminus an der Schädelbasis liegen, ist meines Wissens keine entscheidende Arbeit über diesen Punkt veröffentlicht worden. Jeder Beitrag zur Lösung dieser nicht uninteressanten Frage dürfte daher willkommen sein.

Wie ich es an der genannten Stelle schon aussprach, haben Thierexperimente über diesen Punkt mit so grossen Schwierigkeiten zu kämpfen, dass genauen pathologischen Beobachtungen am Menschen ein erheblich grösserer Werth für die Entscheidung dieser Frage zuzuerkennen ist. Gleichwohl dürfen die Experimente von Vulpian[1] nicht unerwähnt bleiben, welche die Schwierigkeiten der Geschmacksprüfung an Thieren umgehen; Vulpian fand, dass nach Durchschneidung des Trigeminus an der Schädelbasis die Chordafasern degenerirten, nach Durchschneidung des Facialis an der Basis dagegen nicht.

Ich gebe im Folgenden eine einschlägige klinische Beobachtung in aller Kürze, mit Weglassung alles nicht Hierhergehörigen.

Herr W., 45jähriger Landwirth, war immer gesund und kräftig; er hatte vor 16 Jahren einen Schanker, der zwar von dem Vater des Kranken (einem Arzte) mit Quecksilber behandelt, aber wegen des Ausbleibens aller secundären Erscheinungen für nicht-syphilitisch erklärt wurde.

Im Oktober 1880 stellte sich bei dem Kranken Doppelsehen ein, gleichzeitig mit zunehmendem Taubheitsgefühl und Anästhesie der rechten Gesichtshälfte, Zunge u. s. w., aber ohne Kopfschmerz, Schwindel oder dgl. — Allmähliche Verschlimmerung. —

Im Juni 1881 fand sich: Lähmung des rechten Abducens; Parese des Rectus superior und Levat. palp. sup. dextr.; die übrigen Augenmuskeln noch frei; die rechte Pupille etwas weiter, reagirt aber noch. Paralyse des ganzen rechten Trigeminus: scharf begrenzte, charakteristische Anästhesie, besonders in der unteren Gesichtshälfte, auch an der Zunge, am Zahnfleisch und am Gaumen rechts; Parese der rechten Gaumensegelhälfte. — Geschmack rechts herabgesetzt. Facialis und Hypoglossus vollständig frei; auch der Opticus noch. — Allgemeinbefinden gut. Doppelseitige Schwerhörigkeit. Ord. Kal. jodat. —

Oktober 1881. Keine Besserung; eher Verschlimmerung; Augenmuskeln jetzt fast sämmtlich gelähmt; alles Uebrige unverändert. Ord. Schmierkur in Aachen; gleichzeitig Jodkalium.

Dezember 1881. Die sehr energische Kur in Aachen (50 Einreibungen, Bäder, Jodkal. etc.) hat keine sichtliche Besserung bewirkt; dagegen klagt Pat. jetzt über Abnahme der Sehschärfe des rechten Auges; es ist jetzt ausgesprochner Exophthalmus vorhanden.

Pat. blieb nun einige Wochen in meiner Beobachtung (galvan. Behandlung); durch vielfach wiederholte, besonders auf die hier in Frage kommenden wesentlichen Punkte gerichtete Untersuchung liess sich — bei langsam fortschreitender Verschlimmerung — folgender Status feststellen:

Am rechten Auge sind sämmtliche Augenmuskeln fast complet gelähmt; das Auge steht starr und gerade in der Mittellinie; kaum eine Andeutung

---

[1] Vulpian, Expériences ayant pour but de déterminer la véritable origine de la chorde du tympan. Gaz. méd. d. Par. 1878. Nr. 19.

Digitized by Google

von Bewegung nach oben und nach innen; keine Rotationsbewegungen; Ptosis, doch kann das Lid noch etwas gehoben werden. Pupille mittelweit, ohne Reaction. — Ausgesprochner Exophthalmus. —

Das linke Auge vollkommen normal. Die genauere augen- und ohrenärztliche Untersuchung (für welche ich Herrn Dr. Stimmel hier zu Dank verpflichtet bin) ergiebt:

Funktionsstörung: Beiderseits Hypermetr. $^1/_{36}$; S rechts = $^6/_9$; links = $^6/_6$; das rechtseitige Gesichtsfeld in geringem Grade concentrisch eingeengt, das linksseitige normal. — Rechts werden grün und rosa für weiss erklärt; links rosa für weiss gehalten, sonst die Farben richtig.

Augenspiegelbefund: Rechts Schwellung der Papilla n. opt. mit verwaschenen Rändern und geschlängelten, überfüllten Venen (später Hämorrhagien in die Retina). — Links normale Verhältnisse. — Der Exophthalmus rechts beträgt 7—8 Mm.

Die Untersuchung des Gehörorgans ergiebt an beiden Trommelfellen die Residuen früherer Mittelohrcatarrhe; das rechte Trommelfell zeigt eine alte Perforationsnarbe. Hörweite f. d. Uhr rechts 5 Cm., links 2 Cm.; f. Flüstersprache beiderseits 20 Cm. — Knochenleitung f. d. Uhr vollkommen erhalten. — Keine subjectiven Geräusche. — Die mehrmals angewendete Luftdouche ergiebt jedesmal eine vorübergehende Besserung des Hörvermögens.

Im ganzen rechten Trigeminusgebiet besteht eine mehr oder weniger hochgradige Anästhesie; am wenigsten in der Stirngegend (aber auch hier noch sehr deutlich); am stärksten an der Wange und den Lippen; auch am Zahnfleische, am harten und weichen Gaumen deutlich, auch auf der rechten Zungenseite, hier aber nicht complet (z. B. farado-cutane Empfindung an der Stirn rechts bei 148 Mm. Rollenabstand, links bei 185; Wange rechts selbst bei übereinandergeschobenen Rollen keine Empfindung, links bei 181 Mm., Lippe rechts 95, links 171 Mm. Zunge rechts 150, links 175 Mm. Gaumen rechts bei 130 nichts, links 188 Mm.).

Die genauere Geschmacksprüfung (mehrfach wiederholt) ergiebt: auf der rechten Zungenhälfte vorn werden süss, sauer, salzig und bitter nicht erkannt; auf der linken süss, sauer und salzig sehr gut, bitter nicht deutlich; hinten links ist bitter sehr deutlich, rechts etwas undeutlich.

Galvanischer Geschmack ist links deutlich, fehlt rechts.

Geruchssinn auf beiden Seiten erhalten und gleich.

Kaumuskeln rechts total gelähmt und in hohem Grade atrophisch; erscheinen aber auch links nicht sehr kräftig. Faradische Erregbarkeit des Masseter links normal, rechts nur in Spuren nachweisbar; Temporalis links gut, rechts nicht nachweisbar.

Die Bewegungen im rechtsseitigen Facialisgebiet vollkommen erhalten, lassen nicht die geringste Störung bei den verschiedensten Prüfungen erkennen.

Hypoglossus ebenfalls ganz normal; Zunge gerade, nicht atrophisch. — Das Gaumensegel ist rechts paretisch, wird beim Phoniren etwas nach links gezogen. Schlucken und Sprechen vollkommen gut.

Die Sensibilität der Cornea und Conjunctiva ebenfalls hochgradig herabgesetzt, fast erloschen; keine Spur von Reflexen bei Berührung der Cornea; keine trophischen Störungen am Auge; nur geringe Hyperämie der Conjunctiva.

Caries des Felsenbeins hat nie bestanden; die Gehörknöchelchen sind rechts vollständig erhalten.

Weder in der Fossa auriculo-maxillaris, noch hinten im Rachen und Gaumen, noch am Boden der Mundhöhle, an der Zunge u. s. w. ist irgend eine Anschwellung oder sonstige Veränderung zu finden, welche etwa eine Läsion der Chorda bedingt haben könnte.

Nie Kopfschmerz oder Schwindel. Psyche normal. Kopf beim Anklopfen nirgends empfindlich. Extremitäten vollkommen frei.

Digitized by Google

Epikrise. Eine genaue Würdigung der in diesem Falle vorliegenden Symptome lässt es wohl fast unzweifelhaft erscheinen, dass es sich hier um einen krankhaften Prozess an der Schädelbasis handelt, welcher sich wohl in der mittleren rechten Schädelgrube, und zwar in deren vorderer Hälfte gegen die Fissura orbitalis superior hin entwickelt und dabei den N. trigeminus, die drei Augenmuskelnerven und zuletzt den N. opticus ergriffen hat. Was das für ein Prozess und welche genauere Diagnose hier zu stellen ist, brauchen wir jetzt nicht genauer zu untersuchen.

Für die vorliegende Frage ist es von hervortretendem Interesse: 1. dass der Geschmack auf den vorderen zwei Dritteln der Zunge — also im Bereiche der Chordafasern — erloschen ist; 2. dass der Nerv. facialis vollkommen intact erscheint, und 3., dass der Nerv. trigeminus in seiner ganzen Ausdehnung eine mehr oder weniger intensive Läsion zeigt, und zwar eine Läsion, die offenbar ihren Sitz nur an der Schädelbasis haben kann.

Danach ist also der Schluss gerechtfertigt, dass die Läsion des Trigeminus auch die gleichzeitige Geschmacksstörung verursacht hat, d. h. dass die Geschmacksfasern der Chorda an der Schädelbasis im Stamme des Trigeminus liegen.[1]

Unser Fall würde in der That, auch ohne Section, für die vorliegende Frage ganz unwiderleglich sein, wenn — das Gehörorgan ganz intact wäre. Aber es besteht ein altes Mittelohrleiden rechts (wie links) und die Skeptiker könnten sagen, dass dadurch die Chorda tympani auf ihrem Wege durch die Paukenhöhle lädirt sein könnte und daher die Geschmacksstörung komme. Die grosse Seltenheit von Geschmacksstörungen bei derartigen oberflächlichen Mittelohrerkrankungen,[2] die Einseitigkeit derselben hier, wo ein doppelseitiges Ohrleiden vorhanden ist, nehmen diesem Einwande wohl jeden erheblichen Werth. Immerhin mag dadurch die Beweiskraft meiner Beobachtung um ein Geringes abgeschwächt werden. Aber die von der Natur angestellten Experimente müssen wir eben nehmen wie sie sind.

2. Die Discussion über Nervendehnung in der Berliner medicinischen Gesellschaft.

Von Dr. **Moeli** in Berlin.

Seitdem im Jahre 1872 Nussbaum zuerst in zweckbewusster Weise eine Dehnung von Nervenstämmen vorgenommen, hat sich die Operation allmählich ihr Terrain gewonnen. Auch die experimentelle Prüfung, namentlich durch Vogt, blieb nicht aus und sie lieferte Ergebnisse, welche eine Einwirkung auf

[1] Vgl. die in gleichem Sinne zu interpretirende Beobachtung von Archer, Case of paralysis of the trifacial nerve. Brit. med. Journ. 1878. Nr. 927.

[2] Urbantschitsch will allerdings bei eitrigen Mittelohrerkrankungen sehr häufig Geschmacksverminderung beobachtet haben. Anz. d. Ges. d. Wien. Aerzte, 1876. Nr. 25.

Digitized by Google

Veränderungen peripherer Nerven erklärlich machten. Bis zum Jahre 1879 lagen auch vereinzelte Erfahrungen über den Erfolg der Dehnung peripherer Nerven bei Affectionen des Rückenmarks selbst vor (Czerny); doch waren dieselben keineswegs ermuthigend. Erst seit den Empfehlungen Langenbuch's hat die Frage über die Anwendung der Nervendehnung bei Rückenmarksleiden weitere Kreise beschäftigt. So zuversichtlich klangen die Angaben Langenbuch's über einen Theil der Fälle, dass sich viele fleissige Hände regten, um durch eigne Erfahrung diese überraschende Neuigkeit zu controliren. Von den einlaufenden Mittheilungen hatten in erster Linie Werth die, in welchen in sachverständiger Art der Zustand vor und nach der Operation geschildert und nicht bloss eine Aufzählung einiger Symptome oder gar eine summarische Beurtheilung gegeben war. Durchaus nicht alle Fälle waren derart, dass die Annahme einer grauen Degeneration der Hinterstränge gesichert war und Erb musste schon im Juni 1881 davor warnen aus solchen Beobachtungen allzu weitgehende Schlüsse zu ziehen und die zweifellos vorhandenen negativen oder geradezu ungünstigen Resultate ausser Acht zu lassen.[1]

Bis zum Ende des Jahres 1881 lagen aber doch eine Anzahl von Beobachtungen vor, die zu einer Beurtheilung der Frage verwandt werden konnten. Nicht alle sind ganz typische Fälle von Tabes. Ein Bild der bis dahin erzielten Resultate der Nervendehnung giebt eine Uebersicht über diese Fälle natürlich nur in ganz summarischer Weise, es ist ein vorläufiger Standpunkt der dabei gewonnen wird, zumal da ein oder der andere sichere Fall fehlen mag, und gar mancher resultatlose wohl nicht veröffentlicht ist. Elf Beobachtungen stelle ich hier zusammen (s. S. 78).

Man sieht, dass die Schmerzen in der grossen Mehrzahl, z. Th. nur vorübergehend gebessert wurden, dass die Ataxie in der Minderzahl, noch seltener die grobe Kraft eine günstige Beeinflussung erfuhr, dass die Blasenerscheinungen ganz ausnahmsweise, das Fehlen der Kniephänomene und die Augenerscheinungen nie durch die Operation beeinflusst wurden.

Wende ich mich nun zu den Berliner Erfahrungen, so ist zunächst die Mittheilung anzuführen, welche Hr. Leyden[2] in der Sitzung des Vereins für innere Medicin vom 17. October 1881 über zwei gedehnte Tabiker gab. Diese hatten wohl eine Milderung einiger schmerzhafter Empfindungen, theilweise auch eine Aufbesserung der Sensibilität erfahren, jedoch dafür Schmerzen an anderen Stellen und im Ganzen eine Abnahme der Kraft eingetauscht. L. meint, dass leicht Illusionen mit im Spiele, und die psychische Einwirkung mit zu berücksichtigen sei. Aus der Discussion ergiebt sich, dass Hr. Riess bei zwei Tabikern Verschlechterung durch die Operation wahrgenommen hat, Hr. Bernhard fand eine vorübergehende Milderung der Schmerzen und hochgradige Herabsetzung der farad. und galvan. Erregbarkeit der Muskeln ohne Aenderung der Zuckungsform und Folge und erwähnt, dass Hr. Wegener-Stettin bei keinem von 11 Tabeskranken einen dauernden Erfolg der Dehnung gesehen habe. Hr. Goldtammer erzielte

[1] Centralbl. für Nervenheilkunde, 1881. No. 12.

[2] Deutsch. med. Wochenschrift, 1881, S. 625.

Digitized by Google

	Schmerzen	Sensibilität	Grobe Kraft	Ataxie	Blase	Augen-erscheinung	Fehlen der Kniephänomene	Bemerkungen
1. Erlenmeyer. Centralbl. f. Nervenheilk. 1880 Nr. 21: 11jähr. Fall (beide Ischiad.)	vorher gering, verschwunden	stad. id.	deutlich gebessert	stad. id.	Incontinenz, stad. id.	stad. id.	stad. id.	
2. Debove I. Gaz. Hebdom. 1880, 50 (linker Ischiad.)	beseitigt	—	—	gebessert	—	stad. id.	stad. id.	Gastr. Krisen gehoben
3. Debove II. Gaz. Hebdom. 1880, 52 (rechter Median. und Ulnar.)	beseitigt	stellenweise gebessert	—	gebessert	—	—	—	
4. Fischer u. Scheveninger. Centralblatt f. Nervenheilkunde 1881, Nr. 11: 8jähr. Fall. 4 Monate nach der Dehnung (linker Ischiad.) beobachtet	beseitigt	in einzelnen Richtungen gebessert	gebessert	gebessert	entschieden gebessert	stad. id.	stad. id.	
5. Müller u. Ebner I. Wien. Klinik 1881 Heft 7: 14jähr. Fall (linker Cruralis)	vorher heftig, beseitigt	gebessert	nach der Operation Parese	gebessert	—	stad. id.?	stad. id.	
6. — II. l. eod: 14jähr. Fall (rechter Cruralis)	beseitigt, nach 4 Wochen wiederkehrend	theilweise gebessert	nach der Operation Parese	gebessert	—	stad. id.?	stad. id.	
7. Sury-Bienz. Nocht, Diss. Berlin 1881. † am 15. Tage in Folge von Venenthrombose und Lungenembolie (rechter Ischiad.)								
8. Nocht (Westphal) I: 10jähr. Tabes (beide Ischiad.)	gebessert	—	stad. id. (eher schlechter)	stad. id.	eher schlechter	stad. id.	stad. id.	
9. Nocht (Westphal) II: atypische 8jährige Tabes (plex. brach. links)	kaum gebessert in den Armen, neue in den Beinen	stad. id.	stad. id.	stad. id.		stad. id.	stad. id.	gastrische Krisen häufiger
10. Möbius u. Tillmanns. Centralbl. f. Nervenheilk. 1881, 529: 6jähriger Fall (beide Ischiad.)	gehoben für 10 Woch. (früher 6—8 Wochen aussetzend)	wenig gebessert	kaum gebessert	stad. id.	eher schlechter	stad. id.	stad. id.	
11. Elias. l. eod. 538 (Ref.): 4jähr. Fall (beide Ischiad.) Muskelkrämpfe	gebessert	gebessert		stad. id.		stad. id.	stad. id.	

Digitized by Google

keine erhebliche Besserung der Schmerzen, dagegen Zunahme der Ataxie, Hr. Israel keine Aenderung in einem vorgeschrittenem Falle (mit Westphal), ein zweiter erfuhr keine erhebliche Besserung der Schmerzen, dagegen Verschlechterung in Bezug auf Ataxie und Kraft.

Schon im Sommer 1881 hatte Hr. Westphal in einer Sitzung der Charitégesellschaft über Misserfolge bei Rückenmarksleiden kurz berichtet; Ref. hatte dabei Gelegenheit die in Folge einer Cruralisdehnung eingetretene hochgradige Degeneration der Muskeln zu demonstriren.

Ein umfangreiches Material wurde in den letzten Sitzungen der Berliner med. Gesellschaft im Anschluss an einen Vortrag Hrn. Langenbuch's beigebracht. Denjenigen, welche nicht im Besitz günstiger eigener Erfahrungen von dem Arzte, dessen Resultate so vortheilhaft von den ihrigen abstachen, Aufklärung über die hier vorliegenden Gründe zu erhalten gehofft hatten, wird eine kleine Enttäuschung wohl nicht erspart worden sein. Hr. Langenbuch theilte, nachdem er darauf hingewiesen, dass auch die Ovariotomie, Trachetomie und andere heute allgemein anerkannte Operationen sich nur schwierig hätten Bahn brechen können, mit, dass er über hundert Kranke gedehnt habe. Aber die von ihm gemachten Angaben über Indication und die Aussichten der Operation sind etwas allgemein gehalten. Er sagte, dass die Erfolge abhängig seien von Alter und Kräftezustand des Kranken und von Charakter und Dauer des Leidens. Morphiophagen gäben schlechte Aussichten. Grossen Werth aber legt er auf die Ausführung der Operation und die Nachbehandlung und meint selbst, dass er viele seiner früheren Operationen jetzt anders machen würde, er scheint sonach mit den früheren Resultaten nicht so ganz zufrieden gewesen zu sein. Man solle den Nerv in der Mitte des Oberschenkels bloss legen, nicht zu stark und nicht zu schwach dehnen und bei der Nachbehandlung Massage, Bäder etc. in Anwendung bringen.

Hr. Westphal führt darauf aus, dass er geglaubt habe nicht über behauptete Thatsachen absprechen zu dürfen, sondern erst Erfahrungen abwarten zu sollen; er wolle diese nunmehr mittheilen. Er habe schon im Jahre 1877 bei einem Kranken mit spastischen Erscheinungen den rechten Cruralis gedehnt, veranlasst durch die von ihm constatirte experimentelle Thatsache, dass eine leichte Dehnung dieses Nerven beim Thiere das Kniephänomen aufhebt. Da es sich in diesem Experimente seiner Ansicht nach um eine Verminderung des Muskeltonus handle, so wäre eine Besserung der Bewegungsstörung der unteren Extremitäten, wenn diese vorzugsweise auf abnormer Spannung der Muskeln beruhe, wohl denkbar gewesen. Die Operation beseitigte das Kniephänomen, hatte aber vollständige schlaffe Lähmung beider Beine, Lähmung der Blase und des Mastdarms zur Folge. Die Wundheilung war schlecht, Pat. schwebte in Lebensgefahr, überstand aber einen ausgebreiteten Decubitus und starb erst nach Jahren, während welcher Zeit sich eine Beugecontractur der unteren Extremitäten ausgebildet hatte. Hr. W. nahm an, dass in Folge der kräftigen Zerrung eine circumscripte Myelitis im Lendenmark entstanden sei. Die anatomische Untersuchung ergab eine sehr verbreitete Myelitis des Hals-

Digitized by Google

und oberen Dorsaltheils; weiter nach unten waren nur noch ungefähr den Pyramidenbahnen entsprechende Abschnitte der Seitenstränge betroffen, dagegen lag auf derselben Seite, wo gedehnt war, ein circumscripirter Herd, hauptsächlich in der oberen Lendenanschwellung, der also möglicher Weise, weil ganz isolirt, auf die Zerrung resp. Gewebstrennung zurückzuführen ist. Eine Dehnung des Cruralis und Ischiadicus in einem zweiten Falle spastischer Spinalparalyse ergab gar kein Resultat.

Was die Tabesfälle anbetrifft, so war bei zwei auf der Nervenabtheilung Operirten nur einmal eine mässige Schmerzlinderung zu beobachten, die Ataxie blieb dieselbe. Bei mehreren der von Langenbuch Operirten konnte Hr. Westphal nicht den geringsten Erfolg constatiren, aber nachweisen, dass die Anschauungen der Kranken über verbesserte Gehfähigkeit z. Th. durch ihr Verhalten positiv widerlegt wurden, ein ander Mal, dass die Besserung der Schmerzen, welche der Kranke behauptete, von der Umgebung nicht anerkannt wurde. Ein an allen vier Nerven (von Hahn) gedehnter Tabiker hatte nach kurzer Zeit gleich starke Schmerzen. An einem anderen Tabeskranken hat Langenbuch im Lauf von 6 Monaten 7 Operationen vorgenommen: die 4 Nerven gedehnt, ein Stück aus dem Peroneus, dann aus einem Plantarnerven excidirt, schliesslich die Zehe, in welcher der Hauptsitz der Schmerzen war, amputirt; der Mann ist sehr herunter gekommen, hat aber dieselben Schmerzen, ohne sich bis jetzt zu der ihm vorgeschlagenen Ischiadicusdurchschneidung entschliessen zu können.

Bei Paralysis agitans war einmal ein vorüber gehender Nachlass, einmal kein Erfolg, ein drittes Mal der Tod aus nicht aufgeklärter Ursache eingetreten.

Zur Erklärung der anscheinenden Erfolge zieht Hr. W. in erster Linie, abgesehen von den spontanen Remissionen der Krankheit, ein psychologisches Moment heran. Er erinnert daran, wie manche Tabiker je nach der Lage ihres Gemüthszustandes besser oder schlechter gehen, namentlich auch nach der Application des constanten Stromes vorübergehend leistungsfähiger wären; berührt die früheren „Erfolge" von Strychnininjectionen bei Amaurose und betont, dass man als Arzt leicht dazu komme, den subjectiven Anschauungen des Patienten objectiven Werth beizulegen. Eine anatomische und physiologische Basis für die Nervendehnung ist bis jetzt nicht gewonnen.

Hr. Bardeleben führt noch einige weitere erfolglose gedehnte Tabeskranke auf. Hr. Küster hat bei einem von zwei Tabeskranken Nachlass der Schmerzen erreicht, wie Hr. Senator angiebt auf drei bis vier Wochen. In dem Ueberwiegen der Misserfolge sieht Hr. Senator keinen Grund von der Dehnung abzustehen, die nicht schlimmer sei als z. B. das Cautorisiren der Wirbelsäule; er weist auf den Nachlass der Symptome bei Fortbestehen der anatomischen Veränderung hin (Schulze's Fall) und hält es für möglich, dass der gewaltige Eingriff der Dehnung gewisse Leitungsbahnen in der grauen oder der noch nicht erkrankten weissen Substanz gewissermaassen aufrütteln und wegsam machen könne. Hr. Israel constatirte motorische Schwäche nach der Operation; ein Patient erlitt anscheinend einen epileptischen Anfall (den ersten in seinem Leben); einmal hat er auch Besserung des Gehvermögens und Verschwinden der

Digitized by Google

Analgesie beobachtet, doch hielt dies nicht vor und der Erfolg ging ganz verloren, als Pat. sah, dass Prof. WESTPHAL ihm eine Nadel durch die Haut gestochen hatte, ohne dass er es gefühlt hatte. Bei längerer Bettlage in Folge eines Patellarbruchs trat eine Besserung ziemlich gleich der früher durch Dehnung erreichten ein. Einen Unterschied je nach dem Orte wo der Nerv gedehnt wurde hat er weder bei diesen noch bei anderen Fällen gesehen. Hr. HAHN konnte bei 9 Fällen von Rückenmarkerkrankung nicht den geringsten objectiven Erfolg durch die Dehnung constatiren.

Als für die Beurtheilung des Werths der Nervendehnung wichtig, hebt Hr. REMAK hervor, dass auch auf andere Weise, namentlich durch den constanten Strom erhebliche Besserungen bei einzelnen Kranken erzielt würden. In einem von LANGENBUCH gedehnten Falle konnte er nur einen negativen Erfolg constatiren.

Hr. BERNHARDT fügt zu seinem schon oben erwähntem Falle einen weiteren hinzu, bei dem ebenfalls hochgradige motorische Schwäche für längere Zeit eintrat, ohne dass die Schmerzen dauernd wegblieben. Auch er macht auf die Wirkung anderer therapeutischer Maassnahmen, besonders auch auf die Erfolge RUMPF's mit dem faradischen Pinsel aufmerksam; mit der zunehmenden Erkenntniss der früheren Stadien der Tabes würden sich unsere Resultate noch bessern. Auch die sog. unblutige Dehnung sei in Betracht zu ziehen. Hr. SONNENBURG hat von den in der LANGENBECK'schen Klinik bei Tabes vorgenommenen Nervendehnungen absolut keinen Erfolg gesehen.

Hr. VON DEN STEINEN erwähnt zwei von Hrn. LANGENBUCH gedehnte Fälle. Im ersten, der wegen langjähriger Tabes mit visceralen Neuralgien zur Behandlung kam, war objectiv keine Besserung wahrzunehmen und der schmerzhafte Stuhlzwang kehrte bald zurück, so dass Hr. LANGENBUCH nun den Sphincter ani zuerst unter Chloroformnarkose, dann ohne solche dehnte, ohne jedoch eine günstige Wirkung zu erzielen. Einem zweiten Kranken, bei dem in Folge einer gegen Neuralgie vorgenommenen Dehnung eine Monate lang dauernde Lähmung im Peroneusgebiete sich eingestellt hatte, dehnte Hr. L. gegen heftige seit Jahren bestehende Masturbation den Nervus pudendus beiderseits. Es erfolgte der Tod.

Hr. LANGENBUCH glaubt diesen unglücklichen Ausgang auf Behinderung der antiseptischen Nachbehandlung durch eine psychische Störung des Pat., der sich wiederholt den Verband abriss, zurückführen zu müssen. In einzelnen Fällen sei auch das delicate und subtile Heilresultat durch unrichtiges Verhalten der Pat., z. B. durch unzweckmässig angewandte Bäder, gestört worden. Gerade die Urinbeschwerden hält er übrigens für ein dankbares Feld. Er betont von Neuem den theilweise sehr befriedigenden und durch Monate andauernden Erfolg der Dehnung, hat in einem Falle auch das Kniephänomen zurückkehren sehen. Unter Erwähnung der KÜMMELL'schen Erfahrungen über Dehnung des Opticus bei Atrophie desselben, berichtet er über einen Fall, in dem er diese von ihm in Detail geschilderte Operation, bei jahrelang bestehender Amaurose vornahm. Es stellte sich auf dem operirten Auge eine Lichtempfindung ein.

In Bezug auf dieses Resultat theilt Hr. WESTPHAL mit, dass Hr. SCHELSKE,

Digitized by Google

der den Fall auch untersucht hat, die Thatsache bestätigt, es aber als möglich hingestellt habe, dass diese geringe Lichtempfindung eine Folge des vorhergehenden Lichtabschlusses sei und ohne längere Beobachtung und Controlexperimente an anderen Amaurotischen nicht mit Sicherheit auf die Dehnung zurückgeführt werden könnte. Mit Rücksicht auf einen günstigen Erfolg des Hrn. L. bei spastischer Spinalparalyse führt er bisher nicht bekannte Beobachtungen an. Er sah die spastischen Erscheinungen auch auftreten und nach kurzer Zeit wieder verschwinden, um später zurückzukehren, ein höchst merkwürdiger intermittirender Verlauf, dessen Vorhandensein unter Umständen zu Täuschungen Anlass geben könne.

Als Resultat der Discussion spricht Hr. W. aus, dass bis jetzt kein Fall von Tabes durch die Dehnung geheilt sei, dass die Schmerzen für eine gewisse Zeit, aber durchaus nicht in allen Fällen gebessert werden können, dass es aber noch nicht feststehe, ob diese Besserungen häufiger und im Ganzen erheblicher seien, als die auch durch andere Behandlungsmethoden erzielten. — Unter Hinweis darauf, dass man früher bei Ischias das Ohrläppchen cauterisirt habe, schliesst Hr. Bardeleben die durch mehrere Sitzungen fortgeführte Discussion.

Wenn sonach die bisherigen Erfahrungen einen einigermaassen sicheren Erfolg nur gegen die Schmerzen in Aussicht stellen, so muss noch betont werden, dass die Operation in einer Reihe von Fällen (Socin, Langenbuch, Berger, Westphal) tödtlich auslief. Es können auch die Kranken durch Complicationen körperlich sehr herunter kommen oder durch das Fehlschlagen des chirurgischen Eingriffs, von dem sie etwas Besonderes erwarten, so deprimirt werden, dass die Behandlung derselben nachher ausserordentlich schwierig wird. Weder in den Discussionen noch in den oben angeführten Fällen hat von neuropathologischer Seite eine Wiederkehr des Kniephänomens constatirt werden können, eines objectiven und wie es scheint im Vergleiche zu anderen hartnäckigen Symptoms. Die Blasenbeschwerden sind bekanntlich wechselnde, und wenn in dem Falle von Fischer und Schweninger die Incontinenz erheblich gebessert wurde, so kann diese Thatsache — welche von den Autoren selbst zu weiteren Schlüssen nicht benutzt wird — ehe analoge gleich sorgfältige Beobachtungen vorliegen, den Zusammenhang zwischen der Besserung der Blasenfunction und der Nervendehnung noch nicht erweisen. Berger hat vor Kurzem von in Heilung ausgehenden Fällen gesprochen, die in Entwickelung und Symptomen zwar im Allgemeinen der Tabes entsprachen, jedoch, unter sich in gewissen Einzelheiten übereinstimmend, bestimmte Differenzen gegenüber den ungeheilt gebliebenen zeigten.[1] In wie weit dies für eine genauere Präcisirung der Tabes und damit auch der Frage nach dem Werth der Nervendehnung bei derselben von Bedeutung ist, lässt sich noch nicht beurtheilen.

Zum Schlusse bemerke ich noch, dass in der Discussion von vielen Rednern Fälle von Nervendehnung bei anderen als Rückenmarkskrankheiten erwähnt,

[1] Breslauer ärztliche Zeitschrift, 1881. Nr. 18.

Digitized by Google

aber von letzteren nicht scharf getrennt gehalten wurden. Meiner Meinung nach wäre dies wünschenswerth gewesen, da unsere Anschauung über die Nervendehnung bei Neuritis, einzelnen Fällen von Epilepsie, Neuralgieen und Tetanus sich wesentlich anders darstellt. Ich fasse die diesbezüglichen Mittheilungen kurz zusammen: Bei Neuralgieen sah Hr. Westphal wenig Nutzen, Hr. Bardeleben einmal einen $^3/_4$ Jahre dauernden Effect, Hr. Küster hatte einige Male Erfolg, Hr. Hahn bei 9 Fällen fast immer nach längerer Zeit Recidive. Bei Tetanus haben die genannten Chirurgen nie Erfolg gehabt.

3. Notiz über vier Fälle von Nervendehnung bei Rückenmarkskranken.

Von Docent Dr. **Adolf Strümpell** in Leipzig.

In der Leipziger chirurgischen Klinik wurde im Sommer des vergangenen Jahres an vier Rückenmarkskranken eine Nervendehnung vorgenommen. Die zwei ersten Fälle betrafen Kranke mit typischer Tabes dorsalis, ausgezeichnet durch besonders heftige sensible Reizerscheinungen. Gedehnt wurden beide Nervi ischiadici. In dem einen Fall schienen die Schmerzen in den ersten Wochen nach der Operation etwas geringer zu sein, später kehrten sie aber in der früheren Stärke wieder zurück. Der zweite Kranke gab einige Monate nach der Operation an, dass sich das Gefühl in den Fusssohlen gebessert habe und er deshalb beim Gehen sicherer auftreten könne. Jetzt ist auch diese Besserung wieder verschwunden. Auf alle übrigen tabischen Symptome hat die Nervendehnung keinen nachweislichen Einfluss ausgeübt. Der dritte Fall betraf einen Kranken mit den Erscheinungen einer diffusen Myelitis im Lumbalmark (Paraplegie der Beine, fast fehlende Reflexe, Sensibilitätsstörungen etc.). Gedehnt wurden beide Ischiadici. Irgend ein therapeutischer Effect trat nicht ein. Im vierten Falle handelte es sich um einen Kranken mit spastischer Spinallähmung, vorzugsweise im linken Beine. Gedehnt wurde der linke Ischiadicus. Nach der Operation war das vorher sehr intensive Fussphänomen links vollständig verschwunden, während der Patellarreflex vor- und nachher gleich lebhaft war. Das Fehlen des Fussphänomens hielt acht Tage an, dann stellte letzteres sich allmählich wieder ein und ist jetzt wieder in gleicher Intensität, wie früher, vorhanden. Pat. gab an, im linken Bein nach der Operation weniger Steifigkeit und Spannung zu empfinden, als vorher und war dementsprechend auch der Gang etwas leichter geworden. Nach einigen Wochen war aber durchaus der status quo ante wieder vorhanden. Erwähnen möchte ich noch, dass nach der Aussage meiner chirurgischen Collegen die meisten Operationswunden einen auffallend trägen Heilungsprocess zeigten.

Nach diesen so wenig ermuthigenden Erfahrungen haben wir zunächst keine weiteren Nervendehnungen bei Rückenmarkskranken vorgenommen. In hohem Grade wünschenswerth wäre es, dass über den jetzigen Zustand der Patienten, an welchen Langenbuch u. A. mit scheinbar so glänzendem Erfolge Nervendehnungen vorgenommen haben, etwas veröffentlicht würde.

Digitized by Google

II. Referate.

Anatomie.

1) Ueber das Rückenmarkssegment. Ein Beitrag zur Morphologie und Histologie des Rückenmarks von Dr. Carl Luederitz. (Arch. f. Anatomie und Physiologie 1881. Anatom. Abtheilung, S. 423 u. flg.)

Verf. betrachtet das Rückenmark als eine Kette von Segmenten, von denen jedes einzelne mit einem Paar vorderer und hinterer Nervenwurzeln versehen ist, und stellt sich die Aufgabe, zu untersuchen: 1. ob das einzelne Segment in seinen verschiedenen Querabschnitten typische Differenzen des Baues zeigt, 2. wie die Segmente eines Rückenmarks untereinander differiren. Es wurde das Rückenmark der Ringelnatter, des Kaninchens und des Menschen untersucht. Bei der ersteren zeigt sich die segmentale Zusammensetzung durch die bekannte rosenkranzartige Gestaltung des Organs: ebenso bemerkt man beim Kaninchen, wenn man das Rückenmark von seinen Häuten und Wurzeln entblösst hat, mehr oder weniger deutliche segmentale Anschwellungen. Beim Menschen zeigt sich das von Häuten und Nervenwurzeln entkleidete Organ frei von segmentalen Anschwellungen und lässt nur an den Stellen, wo die 4 Längsreihen der Nervenwurzeln durch freie Zwischenräume unterbrochen sind, seinen segmentalen Aufbau erscheinen. Vergleicht man aber die einzelnen Segmente unter einander, die in verticaler Gliederung keine oder kaum merkliche Verschiedenheit aufweisen, so machen sich die Unterschiede durch die sehr ungleiche Länge derselben geltend: Die Segmentlänge nimmt, wenn man am unteren Ende des Rückenmarks beginnt, zunächst kaum merklich, dann etwas rascher zu, wächst noch rascher im unteren Dorsalmark, bis zu ihrer grössten Zahl, die sie im Gebiet des 5., 6. oder 7. Dorsalnerven erreicht, um dann bis zum obersten Brust- und untersten Halswirbel zu sinken, nachher zuzunehmen, um schliesslich am oberen Ende wieder etwas abzunehmen. Die Segmente sind ursprünglich gleich lang, zu einer gewissen Zeit der Entwickelung erfahren die einzelnen Abschnitte ein sehr ungleiches Längenwachsthum: Die Gegend der Halsanschwellung und besonders die der Lendenanschwellung wachsen viel weniger intensiv in die Länge, als das Dorsalmark, das fast in gleicher Weise, wie der entsprechende Abschnitt der Wirbelsäule sich streckt.

Nächste Folge dieser ungleichen Wachsthumsenergie ist die im Vergleich zur Länge des Wirbelkanals beträchtliche Verkürzung des ganzen Spinalorgans.

Der Haupteffekt aber, welcher durch diese Verkürzung einzelner Abschnitte hervorgerufen wird, betrifft die innere Structur des Organs: im Bereich der kurzen Segmente, vornehmlich also in den Anschwellungen und am meisten in der Lumbalanschwellung, ist die graue Substanz im Verhältniss zur Masse der dort entspringenden Wurzelfasern weit spärlicher angehäuft als im Bereich der langen Segmente; an den ersteren Stellen ist sie dichter gefügt, gewissermaassen zusammengepresst.

Dies prägt sich auch in der Gestalt und Anordnung der in den Vorderhörnern gelegenen grossen polyklonen Ganglienzellen aus, welche, entsprechend der Bildung des ganzen Organs, um so mehr in die Länge gestreckt und um so lockerer an einander gereiht sind, je länger die Segmente sind, denen sie angehören. So sind diese Zellen in der Lendenanschwellung von unregelmässiger kugeliger Gestalt und zeigen bei jeder Schnittrichtung — gleichgültig ob quer- oder längsgetroffen — im Allgemeinen dieselben Bilder; in der Halsanschwellung sind sie etwas längsgestreckt; im mittleren Dorsalmark sind sie noch mehr in die Länge gezogen und bieten auf Längsschnitten häufig die schönsten Spindelformen dar. M.

Digitized by Google

2) **Zur Kenntniss vom feineren Bau der Grosshirnrinde** von Sigmund Exner. (Sep.-Abdr. aus Sitzungsber. der Wiener Akad. d. Wissensch. III. Abth. LXXXIII, Februarheft 1881.)

Diese Untersuchungen sind bisher, wie es scheint, bei Weitem nicht so bekannt oder beachtet worden, wie sie es verdienen. Das Ergebniss derselben ist zwar im Centralbl. f. Nervenkr. 1881, No. 5 kurz referirt, aber gerade der Methode der Untersuchung gebührt die grösste Verbreitung. Da sie gestattet, markhaltige Nervenfasern jeden Calibers deutlich zu erkennen und auf weite Strecken zu verfolgen, wird sie bei topographischen und pathologisch-anatomischen Forschungen auf dem Gebiet des Centralnervensystems immer eine Stelle behaupten müssen, haben sich doch bisher die histologischen Studien gerade über erkrankte Rindenpartien fast nur auf die Gefässe, die Neuroglia und die Ganglienzellen beschränkt. —

Das auffällige Ergebniss der Untersuchungen nach der Methode E's., ist ein geradezu überraschender Reichthum aller Rindenschichten, namentlich aber auch der 1. Schicht Meynert's an Nervenfasern feinsten und gröbsten Calibers. Theilungen von Nervenfasern sah E. in der Hirnrinde nie. Alle übrigen Details sind im Original einzusehen, dem eine Tafel beigefügt ist, welche gut gelungenen Präparaten durchaus entspricht. Die Methode ist folgende: die möglichst frischen Stücke von höchstens 1 Ccm. Grösse werden für 5—10 Tage in 1 Proc. Osmiumsäure gelegt, deren Volumen das des Präparates um wenigstens das Zehnfache übertrifft. Je nach der Grösse des Präparats wird ein oder mehrere Male mit der Osmiumsäure gewechselt. (Die umständliche Einbettung kann durch Anwendung eines Schlittenmikrotoms umgangen werden; man klebt das Präparat mit Siegellack auf Kork, Ref.) Geschnitten wird mit in Alcohol befeuchtetem Messer. Die Schnitte, die sehr dünn sein müssen, werden in Glycerin gelegt — längerer Aufenthalt in Alcohol schadet ihnen — und dann auf einen Objectträger gebracht, auf dem sich ein Tropfen starken Ammoniakwassers befindet. Es ist gut, das Präparat gleich anzusehen, da es täglich an Schönheit abnimmt. — Das Wesentliche an dieser Procedur ist die Anwendung des Ammoniaks, wodurch das körnige Stützgewebe, das „Neurokeratin" zu einer fast homogen aussehenden Masse aufquillt.

Bei dieser Gelegenheit möchte Ref. auf ein vielleicht nicht allgemein bekanntes Verfahren hinweisen, eine unzersetzliche Osmiumsäurelösung zu bereiten. Eine mit Schwefelsäure und ausgekochtem destillirtem Wasser wohl gereinigte Flasche aus schwarzem Glas von 100 oder 200 Gr. Inhalt wird mit gut ausgekochtem destillirtem Wasser gefüllt, das 1 Gr. Osmiumsäure enthaltende wohl abgewaschene Glasröhrchen hineingeworfen und durch Schütteln zerschmettert, worauf die Säure sich löst; filtrirt wird nicht; die Glassplitter bleiben am Boden liegen. Tuczek.

Experimentelle Physiologie.

3) **Recherches expérimentales montrant que des causes diverses, mais surtout des lésions de l'encéphale et particulier du cervelet, peuvent déterminer après la mort une contracture générale ou locale** v. Brown Séquard. (Compt. rend. 1881. No. 26. 26. Dcbr. S. 1149.)

Unter einer Anzahl von Menschen, die in der Schlacht getödtet wurden, sah man einzelne nach dem Tode dieselbe Stellung beibehalten, die sie im Augenblick desselben hatten. Die verschiedenen Hypothesen zur Erklärung dieser Thatsache (1. extreme Ermüdung des Nerven- und Muskelsystems und dadurch bedingte Muskelstarrheit; 2. die beträchtliche Blutung sei Ursache des sehr schnellen Eintritts der Leichenstarre) sind unzureichend.

Durch Experimente an Thieren kommt B. zu dem Schluss, dass es sich hier um wirkliche Contracturen, nicht um Leichenstarre handelt. Man sieht z. B. an dem

Digitized by Google

Zwerchfell, dass sich eine Starre 2, 3 und 4 mal wiederholen und wieder lösen kann vor dem Eintritt der Leichenstarre. Dasselbe sieht man an den Muskeln des Stammes und der Glieder, besonders wenn man das Kleinhirn verletzt hat. Da diese Contracturen sich nicht ändern, nachdem man alle Nerven des starren Gliedes durchschnitten, muss, wenn auch die erste Ursache in dem Hirnreiz liegt, die Fortdauer der Contractur bedingt sein durch die Nervensubstanz der Muskeln, ihre Endplatten oder durch das Muskelgewebe selbst.

Verf. kommt zu folgenden Schlüssen:

1) Eine wahre Contractur kann gewisse Zeit nach oder vor dem Tode eintreten, dieselbe kann lange dauern und in Leichenstarre übergehen oder vollständig verschwinden. Im letztern Fall würde sich die Muskelirritabilität wieder zeigen.

2) Von den verschiedenen Partien des Hirns, die im Stande sind, diese Contractur nach dem Tode hervorzubringen, nimmt das Kleinhirn die erste Stelle ein.

3) Die oben bezeichneten Soldaten behalten ihre Stellung nicht wegen des plötzlichen Erscheinens der Leichenstarre, sondern in Folge des Auftretens einer wahren Contractur. M.

---

4) A comparison of sight and touch von Bowditch und Southard. (Journ. of Physiol. by Foster, Vol. III S. 231.)

Verff. werfen die Frage auf, ob Auge oder Gefühl für gewöhnlich dem Menschen die sichersten Eindrücke über die Umgebung zuführen und indem sie den einen Weg, die Messung der kleinsten Empfindungseindrücke, als nicht gleichwerthig für beide zurückweisen, bedienen sie sich einer Methode, die den praktischen Verhältnissen und auch den vielfach geübten Untersuchungsmethoden der Pathologie am meisten entspricht.

Dieselbe bestand im Allgemeinen darin, dass ein bestimmter Punkt auf einer weissen Scheibe mit einem Stift berührt werden sollte, über dessen Lage eine Orientirung durch das Auge oder das Gefühl vorausgegangen war. Zunächst diente ein kleiner Messingwürfel als Object. Nachdem sich der Experimentator durch das Auge von dessen Stellung überzeugt hatte, schloss er dieses und versuchte nunmehr mit dem Stifte den Würfel zu berühren. Der Abstand des bezeichneten Punktes von dem Würfel wurde dann gemessen und notirt. In einer weiteren Reihe orientirte sich der Untersuchende bei geschlossenen Augen über die Lage des Würfels dadurch, dass er ihn mit der linken Hand berührte und nun in gleicher Weise wie oben die Lage desselben zu bestimmen suchte.

Bei diesen Versuchen hatten die Verff. schon früher nach vorhergegangenem Sehen Differenzen von 3—23 Mm., im Durchschnitt 11,4, bei vorausgegangener Orientirung durch die andere Hand 8—38 Mm., im Durchschnitt 19 Mm. gefunden.

Um aber auch das Muskelgefühl durch Bewegungen vom Auge ausschliessen zu können, wurden die Versuche insofern modificirt, als Kopf und Auge fixirt wurden, indem letzteres einen bestimmten Punkt eines Tisches fixirte, der von einer Serie umgebender Ellipsen in einem Winkelabstande von je 2^0 umschlossen war, oder bei senkrechter Anordnung des Gesichtsfeldes von betreffenden Kreisen an Stelle der Ellipsen. Hier wurde in gleicher Weise ein Objekt in den verschiedensten Ringen zu bestimmen gesucht und ebenso wurde mit Ausschluss des Auges nach vorausgegangener Orientirung mit der einen oder anderen Hand verfahren. Zu diesen Untersuchungsreihen gesellten die Verff. noch solche, bei welchen eine Fixation des Kopfes unterblieben war und solche, bei welchen innerhalb einer bestimmten Zeit nach der Orientirung die Probe gemacht wurde.

Die Resultate dieser in 7 Tafeln vorgeführten Untersuchungen ergeben, dass die geringsten Fehler bei vorausgegangenem direkten Sehen des Objekts gemacht

Digitized by Google

werden, eine Beobachtung, die auch mit den Thatsachen des täglichen Lebens übereinstimmt. Diesem reihen sich als wenig grösser die Versuche mit Orientirung durch dieselbe Hand an, dann folgen diejenigen, bei welchen die Augen auf ein bestimmtes Centrum gerichtet waren und das Objekt somit auf einen peripheren Theil der retina fiel, während die am wenigsten entsprechenden Werthe bei den Versuchen mit der entgegengesetzten Hand sich ergaben, wobei übrigens die Fixation des Kopfes die Fehler nicht geringer werden liess.

Was die Zeit anbetrifft, so waren die Fehler dann am geringsten, wenn erst zwei Secunden nach der Orientirung des Punktes die Probe gemacht wurde, während die Zahlen sowohl vorher als besonders nachher grösser ausfielen.

Die Zahlen entsprechen im Grossen und Ganzen etwa den schon oben angegebenen und geben im Mittel bei direktem Sehen einen Fehler von 12,37 Mm. gegen den Mittelwerth von 21,49 Mm. bei Orientirung durch die Hand. Rumpf.

---

5) On the polar effects upon nerves of weak induction currents von H. Sewall. (Journ. of Phys. by Foster Vol. III S. 175.)

Verf., der auch bei uns durch gemeinschaftliche Untersuchungen mit W. Kühne „über das Sehepithel insbesondere der Fische" nicht unbekannt ist, untersuchte die Wirkung gleichzeitiger mehrfacher Erregungen des Nerven, indem er vermittelst einer modificirten Form unpolarisirbarer Elektroden die Leitungen zweier Dubois'schen Schlittenapparate mit dem Nerven verband und bei schwachen Strömen von verschiedener Stärke die Zuckungen des M. gastrocnemius auf ein Myographion aufzeichnen liess. Dabei wurde die Muskelzuckung bald von dem centraler liegenden Strom ausgelöst und die Beeinflussung dieses durch die gleichzeitige Einwirkung eines schwächeren peripheren Stromes der Untersuchung unterworfen, bald umgekehrt.

Dass zwei gleichzeitige Erregungen derselben Nervenstelle sich zu einer grösseren addiren und so eine stärkere Zuckung hervorrufen können, kann nicht überraschen. Interessant ist aus diesen Untersuchungen deshalb vor allem das, dass durch Einwirkung des zweiten schwächeren Stromes der erstere stärkere in seinen Resultaten auch herabgesetzt werden kann. Doch durfte zu dem regelmässigen Nachweis dieser Erscheinung die Entfernung zwischen den beiden Elektrodenpaaren einen Zoll nicht erreichen. Für gewöhnlich wurde eine Distanz von $^3/_4$ Zoll gewählt.

Unter dieser Anordnung fand sich eine mehr oder minder grosse Herabsetzung der Zuckung

1. wenn die Zuckung von den centralwärts anliegenden Elektroden ausgelöst wurde: bei absteigendem untern Strom, sei es dass der obere an- oder absteigend war;
2. wenn die Zuckung von den nach dem Muskel gelegenen Elektroden ausgelöst wurde: bei aufsteigendem oberen Strom, sei es dass der untere ein absteigender oder ein aufsteigender war.

Verf. bezieht diesen Einfluss auf eine hemmende Wirkung, welche die Anode des schwächeren central- oder peripher-wärts anliegenden Stromes ausübt. Dieser Einfluss liess sich auch noch sehr kurze Zeit nachweisen, wenn zwischen der Applikation beider Ströme ein Zeitintervall lag, welches etwa 0,01 Sekunde nicht übertraf.

Rumpf.

---

6) On the blending of colours by the sole agency of the sensorium von John Gorham (Tunbridge). (Brain, January 1882.)

Verf. beweist durch interessante Versuche, dass die Mischung zweier Farben wirklich im Gehirn vor sich geht. Zu diesem Zwecke lässt er in beide Augen ver-

Digitized by Google

schiedenartiges Licht fallen und zwar beleuchtet er das eine Auge sehr schwach und das andere möglichst stark. Dabei ergiebt sich, dass, wenn das eine Auge, z. B. das rechte, mit irgend einem farbigen Lichte sehr reichlich und das andere Auge, also das linke, mit weissem Lichte sehr schwach versehen ist, auf dem wenig beleuchteten Auge, also in dem weissen Lichte, eine Farbe erscheint, und zwar die Komplementärfarbe derjenigen, mit welcher das andere Auge gesättigt ist. Wird nun das farbige Licht von dem rechten Auge entfernt, so verschwindet links die Komplementärfarbe und es tritt dafür die Farbe selbst auf, welche anfangs im rechten Auge gesehen wurde. Fällt z. B. in das rechte Auge viel Blau und in das linke wenig Weiss, so wird im linken Auge eine gelbe Farbe gesehen; wird nun das Blau rechts entfernt, so verschwindet links das Gelb und das Blau tritt dafür auf.

Lässt man in jedes Auge andersfarbiges Licht fallen, so ergeben sich dieselben Resultate und man braucht nur zu combiniren. Beleuchtet man das rechte Auge stark mit Roth und das linke schwach mit Grün, so erscheint links die Komplementärfarbe von Roth, also Grün, und das Grün im linken Auge wird intensiver. Entfernt man das Roth rechts wieder, so tritt zu dem Grün im linken Auge noch Roth und es entsteht Gelb.

Verf. bemerkt noch, dass man, wie für die Farbensensationen, so auch für motorische Vorgänge, z. B. die Erweiterung und Verengerung der Pupillen Verbindungen zwischen beiden Augen nachweisen könne. Gnauck.

Pathologische Anatomie.

7) **Note sur une altération du cerveau, charactérisée par la séparation de la substance grise et de la substance blanche des circonvolutions** von Baillarger. (Annales médico-psychologiques. Bd. VII. Nr. 1. 1882.)

Baillarger macht auf eine, an Hirnen Paralytischer gefundene, von dem gewöhnlichen Verhalten der Adhärenz zwischen Hirn und Rinde, verschiedene Erscheinung aufmerksam. Während beim Abziehen der Pia mater gewöhnlich oberflächliche Schichten der Hirnrinde entsprechend den Scheiteln der Gyri an der Hirnhaut haften, bleibt in den beschriebenen Fällen die gesammte Hirnrinde an der Pia mater hängen, sodass die weisse Substanz als glatte, feste Masse freilag. Die Probe mit dem Wasserstrahl oder Flottiren ausgeschnittener Hirnstücke unter Wasser ergab, dass in diesen Fällen eine totale Trennung der Hirnrinde von der weissen Substanz stattgefunden hat.

Das Factum scheint selten aufzutreten; die Arbeit beruht auf drei Fällen Baillarger's und zwei von Calmeil erwähnten.

Charakteristisch war, dass diese Ablösung der Hirnrinde nicht nur dem Scheitel der Windungen entsprach, sondern im vermehrten Maasse in der Tiefe derselben gefunden wurde. Oertlich schien die Ablösung an keine bestimmte Region der Hirnoberfläche gebunden zu sein; auch entsprechen derselben keine besonderen klinischen Symptome; dass die Haupterscheinungen der Paralyse der Affection entgegengesetzt auftraten, ist verständlich genug.

Zur Erklärung wird auf die regelmässige Erweichung der Hirnrinde gegenüber der festen (atrophischen) weissen Substanz aufmerksam gemacht. Die Ablösung soll in oder durch eine von Foville sen. und Gratiolet aufgestellte siebente, innerste, Hirnrindenschicht erfolgen, deren Betheiligung Baillarger in einem Falle mit Sicherheit erkannt haben will. (Der mikroskopische Nachweis dieser besonderen Betheiligung einer siebenten Hirnrindenschicht ist nicht erbracht oder erwähnt. Ref.)

Jehn.

Digitized by Google

Pathologie des Nervensystems.

8) Ueber die Veränderungen der Hautempfindungen in fieberhaften Zuständen von J. W. Ribalkin. (Wratsch, Nr. 1. Jan. 1882.)

R. stellte vorläufig seine Beobachtungen bei Recurrenskranken an. Es stand ihm die Möglichkeit zu Gebote, in seinen Fällen die Empfindlichkeit der Haut vor dem Fieberanfall zu untersuchen und dieselbe mit der Empfindlichkeit während des Anfalls und nach demselben zu vergleichen. Er machte seine Beobachtungen an Kranken, welche sich in der ersten Apyrexie subjektiv wohl fühlten, womöglich kurz vor dem zweiten Anfall, im Verlauf der zweiten Apyrexie, zu verschiedenen Zeiten des zweiten Anfalls, am Ende der zweiten Apyrexie und endlich im Verlauf und nach dem dritten Anfall, wenn ein solcher stattfand. Die Untersuchung wurde meist an jugendlichen Individuen im 14.—19. Lebensjahre, von denen die Mehrzahl dem männlichen Geschlechte angehörte, vorgenommen. Sie geschah in den grossen Krankensälen, immer um ein und dieselbe Tageszeit. Zur Bedeckung diente dem Pat. stets dieselbe Decke, die zu untersuchenden Stellen wurden nur während des Versuches entblösst.

Der Ortsinn der Haut wurde mit dem Weber'schen Zirkel bestimmt. Alle Vorsichtsmaassregeln, auf die Weber, Volkmann, Czermak u. A. aufmerksam gemacht haben, wurden streng berücksichtigt. Zu Objekten dienten von 20 Kranken: 13 Männer und 7 Frauen. In zwei Fällen blieb die Untersuchung resultatlos.

Der Drucksinn wurde mit dem Eulenburg'schen Baraesthesiometer geprüft. Von 18 Patienten wurden zwei im zweiten und dritten Fieberanfall untersucht.

Die Ermittelung des Temperatursinnes geschah nach der Nothnagel'schen Methode, nur dass der Boden, der zu verwendenden Holzkästchen, nicht aus Messing bestand, sondern aus Silber, als einen besseren Wärmeleiter. Bestimmt wurde die minimalste Differenz in den Grenzen von 27—33 ° C. Die Untersuchung wurde vorgenommen an 18 Patienten (16 Männern und 2 Frauen). Bei vier Pat. blieb die Untersuchung resultatlos.

Die elektrische Haut- und Schmerzempfindung wurde durch den Rollenabstand des du Bois-Reymond'schen Induktionsapparates bestimmt, der Apparat wurde durch zwei Bunsen'sche Elemente mittlerer Grösse in Gang gebracht. Untersucht wurde die elektrische Hautempfindung bei 21 Patienten (19 Männer und 2 Frauen), bei 6 wurde die Untersuchung im zweiten und dritten Fieberanfall, bei einem jedoch auch während einer croupösen Pneumonie, die nach dem dritten Anfall auftrat, vorgenommen. Die elektrische Hautempfindung wurde an 18 Pat. (17 M. und 1 Fr.) geprüft, an 15 zu gleicher Zeit mit der elektrischen Hautempfindung.

Die Resultate sämmtlicher Beobachtungen an 72 Recurrenskranken (60 M. und 12 Fr.) waren folgende:

1. Mit dem Eintritt des fieberhaften Zustandes wird der Ortsinn und Drucksinn der Haut erhöht.
2. Der Temperatursinn herabgesetzt.
3. Die elektrische Haut- und Schmerzempfindung verändert sich in demselben Sinne wie der Druck- und Ortsinn.
4. Diese Veränderungen kann man schon am ersten Fiebertage wahrnehmen.
5. Die veränderte Hautempfindung bleibt dieselbe im Verlauf des 1.—3. Tages der Fiebererscheinung.
6. Mit dem Sinken der Temperatur werden alle Hautempfindungen herabgesetzt, mit Ausnahme des Temperatursinnes, der verstärkt wird.
7. Die abweichenden Hautempfindungen treten nicht immer (mit Ausnahme des Temperatursinns) als Parallelerscheinungen beim Sinken der Temperatur auf.
8. Mit dem Eintritt des dritten Recurrensanfalles erleiden die Hautempfindungen dieselben Veränderungen, wie im Verlauf des zweiten Anfalles.
9. In einzelnen wenigen Fällen blieben die Beobachtungen resultatlos.

Rohde, Dorpat.

Digitized by Google

9) **A case of loss of taste from disease of the fifth nerve** von Gowers. (Journ. of Phys. by Foster, Vol III S. 229.

Eine Frau von 32 Jahren, nie luetisch inficirt, hat in den letzten zwei Jahren an zeitweiligen Doppeltsehen, bedingt durch Parese des rechten rect. intern. und Anfällen von Schwindel und Betäubung gelitten. Unter Gefühl von Hitze in der rechten Gesichtsseite stellte sich dann plötzlich eine Lähmung des ganzen rechten Trigeminus ein. Der Zustand blieb bis zur ersten Untersuchung von G. der gleiche.

Ohne Betheiligung der Augennerven, ohne irgend welche Complication fand sich nur eine Anaesthesie des Trigeminus dext., eine Paralyse des M. masseter und eine Parese der übrigen Kaumuskeln, verbunden mit deutlicher Atrophie. Rachen und Gaumenbogen rechterseits ebenso feinfühlend als links.

Gleichzeitig war der Geschmack der ganzen rechten Seite, auf der Zunge, Spitze und Rücken, vorderen Gaumenbogen und Tonsille verloren gegangen. Auch das Geruchsvermögen war in der rechten Nase etwas geringer als links. Unter der Behandlung mit Jodpräparaten und dem faradischen Pinsel besserte sich die Sensibilitätsstörung und die Lähmung der Kaumuskulatur etwas. Der Verlust des Geschmackes blieb und im Laufe der Zeit trat auch eine Schwäche in dem M. M. rectus externus und internus oculi dextri auf.

Verf. diagnosticirt eine Affection des fünften Nerven in der Nähe des Pons und hebt als interessant hervor, dass ohne die geringste Betheiligung des N. glossopharyngeus der Geschmack der ganzen rechten Seite verloren war und zwar an Stellen, deren Geschmacksempfindung gewöhnlich dem N. glossopharyngeus zugeschrieben wird.

Verf. schliesst daraus, dass bei der betreffenden Pat. alle Geschmacksfasern aus dem Trigeminus stammten. Rumpf.

---

10) **Phénomènes produits par l'application sur la voûte du crâne du courant galvanique pendant la période léthargique de l'hypnotisme chez les hystériques** par M. Charcot (Progrès méd. 1882. No. 4, p. 64.)

In Ergänzung und Berichtigung seiner jüngsten Mittheilung (vgl. No. 3, p. 60) theilt Verf. auf Grund von Versuchen an 10 Hysterischen dieselben in Bezug auf ihre Reaction gegen galvanische Reizung des Schädels in drei Abtheilungen. Bei der ersten aus vier Kranken bestehenden traten regelmässig während des lethargischen Zustandes, in im ganzen 720 Versuchen, besonders durch Stromschliessungen an einer Schädelhälfte schnelle Zuckungen der anderen Körperseite ein, während dieselben im wachen Zustande ausblieben. Dieses Beobachtungsmaterial hat Verf. zur Annahme einer Hyperexcitabilität bestimmter Regionen des Gehirns während der hypnotischen Lethargie geführt, welche Annahme er in Anlehnung an ältere Untersuchungen von Erb an der Leiche durch den experimentellen Nachweis (vgl. die Versuchsanordnung im Original) gestützt hat, dass die betreffenden Gehirntheile in der That bei der äusseren Application von durch ein Telephon angezeigten Stromschwankungen getroffen werden. Bei einer zweiten Abtheilung von ebenfalls vier Hysterischen waren die Reizungsresultate weniger constant; vorwiegend traten aber bei Application auf einer Seite des Schädels die Zuckungen nicht in der gekreuzten, sondern in der gleichen Körperseite auf. Uebrigens boten drei dieser Personen dieselben Zuckungen, wie in dem lethargischen, auch bei der Kopfgalvanisation im wachen Zustande, dar. Zur Erklärung dieses Verhaltens könne an eine reflectorische Reizung der Dura mater gedacht werden. In einer dritten Gruppe von 2 Kranken, übrigens mit nur gering ausgebildeter, neuromuskulärer Hyperexcitabilität, waren auch während des hypnotischen Zustandes Zuckungseffecte durch die Kopfgalvanisation überhaupt nicht zu erzielen.

Diese widersprechenden Untersuchungsresultate zeigen nach dem Verf. von Neuem, wie vorsichtig man mit Schlussfolgerungen auf dem Gebiete des Hypnotismus sein

Digitized by Google

müsse, mit welcher Sorgfalt Beobachtungen und Versuche hier sehr häufig und bei verschiedenen Personen zu wiederholen sind und wie dennoch die Gefahr vorläge, über anscheinend einfache grobe und mit bekannten physiologischen Thatsachen übereinstimmende Erscheinungen zu vorschnellen Schlüssen zu gelangen.

E. Remak.

---

11) **Zur Pathogenese der acuten Spinallähmung.** (Aus der Klinik des Herrn Geh. Rath Prof. Frerichs.) Von Dr. M. Litten. (Zeitschr. für klin. Med. Bd. II., Heft 3, S. 698. Sep.-Abdr.)

Bei einem 28jährigen Dienstmädchen mit Herzfehler und recidivirendem Gelenkrheumatismus trat im Verlauf einer Nacht plötzlich Paraplegie beider Beine und im Verlauf der nächsten 24 Stunden ebenso vollständige Lähmung zuerst des rechten, dann des linken Armes ein. Die Sensibilität, die Reflexe und die electrische Erregbarkeit blieben normal. Nach 3 Tagen waren unter Salicylsäure-Behandlung (stündlich 0,5) die Lähmungserscheinungen wieder vollständig und dauernd geschwunden, während andere rheumatische Affectionen (Pericarditis, Pleuritis) noch einige Zeit fortdauerten. L. nimmt als anatomische Ursache der Lähmung eine durch den Gelenkrheumatismus nur bedingte, kurze und schnell vorübergehende Entzündung im Rückenmark, speciell in der grauen Substanz desselben, an. (Wäre nicht auch an die Möglichkeit embolischer Vorgänge zu denken? Ref.) Er empfiehlt bei jeder acuten Poliomyelitis einen therapeutischen Versuch mit der Salicylsäure zu machen.

Strümpell.

---

12) **Hemiplegie in Folge von Kohlenoxydgasvergiftung** von Rendu. (Société médicale des Hôpitaux vom 13. Jan. 1882. Gazett. hebdomad. 20. Jan. 1882.)

Eine Frau von 31 Jahren plättete in einem kleinen Zimmer zur Seite eines mit glühenden Kohlen gefüllten Ofens Wäsche. Sie verliert das Bewusstsein; man findet sie comatös. Am andern Morgen erwacht sie: die rechte Körperhälfte ist gelähmt, die Intelligenz intakt, keine Aphasie. Einen Monat später in's Hospital aufgenommen bietet sie folgenden Status: Vollständige rechtsseitige Hemiplegie; im Gesicht, auch im Orbicular. palpebr., keine Störung in den Sinnesnerven. An den Extremitäten bot die Paralyse die Symptome einer peripheren dar: Paralyse des Radialis, Trägheit der Extensoren des Vorderarmes, Verringerung der Kraft der Beuger, Integrität des Supinator longus; am Fuss waren die Extensoren allein gelähmt. Dabei vollständige Anaesthesie in den zwei untern Dritteln des Vorderarmes und des Unterschenkels, ebenso wie am kleinen Finger und der innern Fläche des Ringfingers der linken Hand. Sehnenreflexe verstärkt. Electromusculäre Contraction vollständig aufgehoben. In Bezug auf trophische Störungen: Hartes, umschriebenes Oedem auf der äusseren Seite des rechten Armes, lokalisirte Schweisse in den anaesthetischen Gegenden und glossy skin (Weir-Mitchell). Ref. meint, dass, wenn man diesen Fall in Zusammenhang bringt mit den Fällen von Neuritis bei Kohlenoxydvergiftung, die von Leudet beschrieben, man vielmehr an eine Affection der peripheren Nerven, als an eine centrale denken müsste. M.

---

13) **Le tremblement sénile et les rapports avec la paralysie agitante** par E. Demange. (Revue de médec. 1882. p. 58.)

Verf. hat den Tremor senilis mittelst des Marey'schen Polygraphen graphisch dargestellt. Die von einem in der Hand gehaltenen Kautschukballon aus übertragenen Wellen zeigen kleine Zähne von dem ungleichmässigen Zittern der Finger herrührend. Die Oscillationen werden bei Anstrengungen grösser, jedoch nicht in gleichmässig zunehmendem Grade wie beim Zittern der Sklerotiker. Verf. hält das Zittern der Greise

Digitized by Google

für eine wirkliche Krankheit und vertritt die Anschauung, dass es gegenüber dem Zittern der Paralysis agitans keinen durchgreifenden Unterschied darbietet. Auch bei letzterer Affection hätten willkürliche Bewegungen nicht immer hemmenden Einfluss. Das selbstständige Zittern des Kopfes und der Kiefer käme auch bei Paralysis agitans vor, was Verf. mit mehreren Fällen belegt, ohne die ältere Beobachtung Westphal's zu erwähnen. Da auch die sonstigen Symptome der P. a. mehr oder weniger inconstant sind, so schlägt Verf. für diese Krankheit und den Tremor senilis den gemeinschaftlichen Namen „Tremblement rythmé oscilatoire" vor. Moeli.

---

14) Diabetische Neuralgieen von Prof. Dr. Drasche in Wien. (Wiener med. Wochenschr. 1882, No. 1 u. 2.)

Verf. knüpft an 2 Fälle von Neuralgieen bei Diabetes an, die Worms (Bericht in der Sitzung der med. Academie zu Paris den 28. Sept. 1880) veröffentlicht, und in denen mit der antidiabetischen Diät, die Neuralgieen (in dem einen Fall Ischias, in dem andern unerträgliche Schmerzen längs der beiden untern Zahnreihen) verschwanden. Er hat selbst 2 Fälle beobachtet: Der eine betrifft einen 64jährigen Mann, der seit 11 Jahren an zeitweilig auftretenden lanzinirenden Schmerzen in der vordern untern linken Rippengegend litt, und deswegen die verschiedensten Medikamente und Badekuren ohne Erfolg gebraucht. Der Urin war früher nie untersucht worden. Die Untersuchung desselben ergab spec. Gewicht 1021, Menge 3200 CC., 1,76 pCt. Zucker. Antidiabetische Diät beseitigte die Schmerzen sofort. Der andere Kranke litt an „multiplen symmetrischen Neuralgieen in der Ausbreitung beider Hüftnerven und des Brachialplexus." Der Urin zeigt spec. Gewicht 1030, Zuckergehalt 4,07 pCt. Menge 1500 CC. Antidiabetische Diät wirkte auch hier günstig.

Verf. meint, dass diese bei Diabetes vorkommenden Neuralgieen ihren Ursprung in der toxischen Einwirkung des Zuckers auf die peripheren Nerven haben. Sie kommen sowohl bei grösserem, als bei geringerem Zuckergehalt vor, sie sind äusserst schmerzhaft und verschlimmern sich mit dem Stande der Glycosurie. Sie weichen nur einer antidiabetischen Behandlung. M.

Psychiatrie.

15) Ueber psychische Störungen nach Hirnhämorrhagien von Dr. E. Mendel. (D. med. Wochenschr. 1882, Nr. 4.)

Psychische Störungen nach Hirnhämorrhagien sind in den Irrenanstalten selten, es rührt dies daher, weil dieselben vorzugsweise Formen zeigen, die die Kranken sich oder Andern nicht gefährlich machen, und weil dieselben durch die bestehenden Lähmungen in etwaigen gewaltthätigen Handlungen beschränkt sind. Häufig findet man die dementen Hemiplegiker in den Siechenanstalten. Die Formen, unter denen psychische Störungen nach Hirnhämorrhagie auftreten, sind folgende:

1) Die gewöhnlichste ist der Schwachsinn, in höherem Grade Blödsinn; in den allerverschiedensten Graden ohne besondere Ausbildung von Wahnvorstellungen.

2) Der Schwachsinn ist zwar vorhanden, aber tritt nicht so stark hervor, die Störung zeigt sich mehr in der grossen Reizbarkeit, Veränderung des Charakters (emotive Hemiplegien).

3) Selten ist das Bild der hallucinatorischen Verrücktheit (unter 850 Fällen von Psychosen beobachtete Verf. 5mal solche Fälle). Im Anschluss an den apoplectischen Indult entwickeln sich Hallucinationen, zuweilen in allen Sinnen Wahnvorstellungen der Verfolgung, der Grösse u. s. w. Verf. theilt drei derartige Fälle mit. Die Aussicht auf Heilung resp. Besserung der Psychose scheint nicht ungünstig zu sein.

Digitized by Google

4) Die Fälle von Paralysis progr., die man als hervorgehend aus einer Hirnhämorrhagie beschrieben hat, erscheinen zweifelhaft.

Die Fälle ad 1 scheinen vorzugsweise einherzugehen mit Hämorrhagien in der linken Hemisphäre, d. h. mit rechtsseitiger Lähmung. Unter 48 Fällen von Blödsinn nach Apoplexie sah Verf. 31 mal die Lähmung rechtsseitig. Von den Fällen ad 2 behauptet Luys, dass sie vorzugsweise mit linksseitiger Hemiplegie verbunden sind.[1]

Was die Fälle ad 3 betrifft, so betrafen die 5 Beobachtungen sämmtlich rechtsseitige Hemiplegiker.

Verf. fordert dazu auf, die psychischen Störungen bei Hemiplegikern, auch ihre Hallucinationen, besonders in Rücksicht auf die befallene Seite, in Zukunft genauer zu studiren, den Irrenärzten stände in dieser Beziehung immer nur ein beschränktes Material zu Gebote. Moeli.

Therapie.

16) **Tabes. Dehnung des Nerv. ischiadicus** von H. E. Spencer in York. (The British med. Journ. 28. Jan. 82.)

Vorgeschrittner Fall von Tabes bei einem 30jährigen Manne mit Anaesthesie ohne Schmerzen. Fehlen der Patellar- und Plantarreflexe. Dehnung des linken Ischiadicus. Am nächsten Morgen Wiederkehr der Plantarreflexe auf beiden Seiten. Eine Woche später zeigt das linke Bein beinahe normale Bewegungen, während das rechte unverändert geblieben war. Auch die Anaesthesie war links erheblich geringer. Patellarreflexe fehlten noch. Einen Monat später war die Differenz verschwunden und beide Beine waren so schlecht wie früher. Unter diesen Umständen verzichtete S. auf die Dehnung des rechten Ischiadicus. M.

17) **Zur Electrotherapie der Angina pectoris und verwandter Zustände** von L. Löwenfeld. (Aerztliches Intelligenzblatt, 1881, No. 39. Sep.-Abdr.)

Ein 47jähriger Heizer, welcher 1874 eine ausgedehnte Verbrühung des Körpers überstanden hatte, litt seit October 1876 an Anfällen von Angina pectoris, welche sich durchschnittlich in Zwischenräumen von 1—2 Monaten wiederholten. In einem vom Verf. Mai 1879 beobachteten Anfall bestand stürmische Respiration, frequenter kleiner Puls, starkes Oppressionsgefühl, Schmerz unter dem Sternum, von hier in die linke Schulter und den linken Arm ausstrahlend, convulsivisches Zittern der Arme und Beine. Der Anfall dauerte über 1 Stunde und wurde durch Morphium nur wenig beeinflusst. Die Untersuchung des Herzens ausserhalb des Anfalls ergab keine Abnormität. Es wurde eine galvanische Behandlung am Halse eingeleitet (vom untersten zum obersten Halsganglion aufsteigenden Ströme je eine Minute beiderseits [Intensität?] und diese Behandlung innerhalb 3 Wochen 10mal wiederholt. Mehrmals wurde vorhandenes Oppressionsgefühl durch dieselbe momentan beseitigt. Seitdem ist innerhalb $2^1/_4$ Jahren kein neuer Anfall aufgetreten.

In einem zweiten Falle, in welchem als Veranlassung stenoscardischer Anfälle eine fettige Degeneration des Herzmuskels wahrscheinlich war, bei welchem der nahezu tägliche Anfall durch Morphium nur wenig gemildert wurde, schaffte die Galvanisation ebenfalls Erleichterung der Beklemmung für einige Stunden. Am Tage nach der fünften Sitzung trat plötzlich der Tod ein. Die Obduction wurde nicht gemacht.

Verf. empfiehlt die Galvanisation am Halse als milderes Mittel als den von Duchenne empfohlenen faradischen Pinsel auch sonst bei Brustbeklemmung auf Grund von Erfahrungen an Melancholischen und Hysterischen. E. Remak.

[1] Dies Centralblatt, Nr. 1, S. 19.

Digitized by Google

18) Treatment of Sciatica by Copaiva von H. C. March. (The Glasgow Med. Journ. Jan. 82. Ref.)

Bei hartnäckiger Ischias wird Copaivabalsam (circa 4,0 pro die) empfohlen, nachdem etwaige Verstopfung sowie gichtische, rheumatische oder anämische Zustände vorher beseitigt worden seien. von den Steinen.

---

19) Neuralgie des Trigeminus, geheilt durch Amputation der Vaginalportion von Prof. Dr. von Holst in Dorpat. (Petersb. med. Wochenschrift, 1882, No. 1.)

Eine seit dem 12. Jahre menstruirte Dame hatte im 16. nach einem kalten Bade die Menstruation verloren, nach einer Brunnencur wiedererlangt, jedoch sehr unregelmässig mit heftigen auch in den Zwischenzeiten auftretenden Koliken, dazu eine heftige rechtsseitige Trigeminusneuralgie im 2. und 3. Aste, die zur Zeit der Menstruation sich erheblich steigerte. Nach der Verheirathung im 24. Jahre regelte sich die Menstruation, die Koliken nahmen aber zu, Gravidität trat nicht ein. Uterusleiden und Trigeminusneuralgie widerstanden bisher allen angewandten Mitteln. v. H. fand die Portio vaginalis mässig geschwellt und indurirt, Catarrh des Cervicalcanals mit hochgradiger Schwellung der Follikel bis in das Or. ext. herab. Die vergebliche bisherige Behandlung, die Beziehungen zwischen Uterusleiden und Trigeminusneuralgie in diesem Falle veranlassten v. H. die Amputation der Portio vaginalis auszuführen; dieselbe geschah möglichst hoch und die höhere Partie des Cervix wurde mit dem scharfen Löffel ausgekratzt. Erfolg: rasche Heilung der Wunde, exacteste Menstruation 18 Tage nach der Operation schmerzlos, Verschwinden der bereits sehr geringen Neuralgie am zweiten Tage nach der Menstruation, dauernde Heilung von allen Beschwerden. Emminghaus.

---

20) Beitrag zur Wirkung der Aloë von Dr. Richard Kohn, 1. Assistenzarzt an der Irrenanstalt Göttingen.

Verf. hat versucht, durch Aloë, Extr. aloës und Aloin, unter die Haut injicirt, Stuhlgang zu erzielen — jedoch immer ohne Erfolg, trotzdem er grosse Dosen angewendet. (Von Aloë bis zu 0,6 grm.) Auch bei Thieren hat er bei der subkutanen Anwendung dieser Mittel Stuhlgang nicht hervorrufen können. Dagegen zeigte sich bei diesen Veränderungen des Magens bei Einspritzungen von Aloin (haemorrhagische oder haemorrhagisch-ulceröse Gastritis), ferner constant in den Nieren ein Befund, wie er durch Chromsalze hervorgerufen wird. („Chromniere“ Weigert.) M.

---

21) Du traitement de la crampe des écrivains par la méthode de Wolff (de Francfort s. l. Main) von R. Vigouroux. (Progr. méd. 1882. No. 3.)

Verf. bespricht im Anschluss an zwei geheilte Fälle von Schreibekrampf die Behandlungsmethode des frankfurter Schreiblehrers Wolff. Aus der Schilderung der Fälle ist hervorzuheben, dass es sich beidemal um ausgesprochene spastische Erscheinungen von Seiten einzelner Vorderarm- und Handmuskeln handelte; im ersten Fall eine gesteigerte elektrische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln in beiden obern Extremitäten und eine relative Steigerung der galvanischen Anodenschliessungsreaktion in einzelnen Muskeln rechterseits vorhanden war. Im zweiten Fall beschränkte sich die Störung nicht auf das Schreiben allein, sondern erstreckte sich auch auf andere Beschäftigungen der betr. Extremität. Beide Fälle waren vergeblich mit verschiedenen Methoden behandelt worden und beide wurden von Wolff in 14 Tagen geheilt.

Die Wolff'sche Methode besteht in aktiver und passiver Gymnastik der beim Schreiben betheiligten Muskeln und in Massage derselben. Aktive, meist ausgiebige

Digitized by Google

Bewegungen der oberen Extremität in jeder Richtung werden meist 3 mal täglich durch $^1/_2$ Stunde (öfter länger) vorgenommen; daneben sehr häufige passive Streckung der vorzüglich betheiligten Muskeln, — ein besonders wichtiger und delicater Theil der Behandlung. Sehr bald folgen methodische Schreibübungen.

Eisenlohr.

---

22) Étude sur le no-restraint von Bécoulet. (Annal. méd.-psychologiques. Bd. VII. 1882. Nr. 1 p. 40.)

Bécoulet tritt in einem, gegen die Anhänger absoluter no-restraints sehr polemisch gehaltenen Artikel für die beschränkte Anwendung von Zwangsmitteln, in specie der Zwangsjacke ein. Nennenswerthe neue Gesichtspunkte enthält die Arbeit nicht. Wie Dagonet sieht der Verfasser Conolly gar nicht als den Vater der no-restraint-Bewegung an, dessen Verdienst er — doch wohl mit einigem restraint gegenüber den Thatsachen — in allem Wesentlichen Pinel zuerkennt.

Interessant ist, dass gegenüber einer ganzen Reihe von französischen geachteten Psychiatern nur Magnan als absoluter Anhänger des no-restraint genannt wird.

Jehn.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Société de Biologie (Sitzung am 21. Jan. 1882.) (Progr. méd. 1882. No. 4.)

Brown-Séquard hatte den Ischiadicus eines Affen gedehnt bis zum Durchreissen, dann die beiden Enden in der Wunde soviel als möglich nach oben und unten resecirt. Nach 2 Monaten war weder Motilität noch Sensibilität zurückgekehrt und doch zeigte die Section fast die volle Wiederherstellung des Nerven.

Paraplegie bei den Hemiplegikern. Brown-Séquard hat bei Hemiplegikern gefunden, dass die scheinbar gesunde Seite eine constante Verringerung der Kraft zeige, und dass der Grad dieser Paresie ausgesprochener am Bein, als am Arm war. Charcot bestätigt diese Thatsache, auch in Bezug auf das stärkere Ergriffensein des Beins, und bringt sie in Zusammenhang damit, dass bei einer grossen Zahl von Autopsien bei einseitiger Affection des Hirns, die absteigende Degeneration nicht immer ausschliesslich die entgegengesetzte Seite des Rückenmarkes treffe, sondern dass man sie öfter, als man voraussetzen könnte, auf beiden Seiten findet.

M.

IV. Bibliographie.

Syphilis und Tabes dorsalis. Nach eigenen Erfahrungen von Dr. A. Reumont (Aachen). Verlag von J. A. Mayer in Aachen. 1881. 98. S.

Bei den diametral sich gegenüberstehenden Ansichten der Neuropathologen über die Bedeutung der Syphilis als ätiologisches Moment der Tabes ist jeder wissenschaftliche Beitrag zur Lösung der Frage gewiss willkommen, um so mehr, wenn er sich auf eine so reiche Erfahrung stützt, wie sie dem Verfasser zu Gebote steht.

Nachdem derselbe eine Uebersicht über die hauptsächlichsten litterarischen Erscheinungen in dieser in den letzten Jahren so viel discutirten Sache gegeben, wendet er sich zu den statistischen Ergebnissen, die durch die Häufigkeit der der Tabes vorangegangenen Syphilis den Zusammenhang nachweisen sollen, im Uebrigen aber bei den verschiedenen Autoren die grössten Differenzen zeigen. Er selbst hat unter 3400 wegen Syphilis behandelten Fällen 290 gehabt, die an Affectionen des Nervensystems litten —, die mehr oder weniger mit der Syphilis in Verbindung standen —; unter diesen 290 waren 60 Rückenmarksaffectionen ausschliesslich der Tabes und 40 Tabetiker.

Wenn Verf. auch mit Recht der Ansicht ist, dass die Syphilis in der Vorgeschichte der Tabes in einem relativ hohen Procentsatz auftritt, so kann doch aus der Statistik

Digitized by Google

allein die Frage nicht beantwortet werden, ob die Syphilis nur praedisponirend, ob sie direct die Krankheit hervorrufend wirkt. In manchen Fällen wird das Zusammentreffen von Syphilis und Tabes gewiss nur zufällig sein.

Auf den Abschnitt „Diagnostisches" folgt als der wichtigste der über „Kurresultate".

Ist doch gerade die Erfolglosigkeit antisyphilitischer Kuren von denjenigen, die jeden Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes leugnen, besonders geltend gemacht worden!

Verfasser bringt 36 eigene Beobachtungen, die er mehr oder weniger ausführlicher mittheilt. Von diesen 36 Fällen wurden geheilt 2, gebessert 13 Fälle, ohne Erfolg behandelt 21 Fälle.

Die Behandlung bestand in Siegmund'scher Inunctionskur (die Einreibung muss in eindringlicher, aber sanfter Weise und gehörig lange Zeit (20 Minuten) geschehen, einige Zeit nach dem Bade. (Aachener Bäder von 25—26, höchstens 27° R.)

Am günstigsten in Bezug auf die Erfolge der Therapie stellen sich solche Fälle, in denen 1. die Syphilis dem Auftreten der ersten tabischen Symptome eine kurze Zeit vorangegangen ist, besonders wenn noch syphilitische Symptome bestehen, 2. wenn ein atypischer Verlauf oder Beginn der Tabes constatirt wird, 3. wenn im Beginne der specifischen Behandlung Besserung einzelner tabischer Symptome auftritt.

Bei den 36 Fällen ging die Syphilis den ersten tabischen Symptomen vor:

in 10	Fällen	1— 5 Jahre
7	„	6—10 „
9	„	11—15 „
1	„	16 „
9	„	unbekannt.

In 14 von den 36 Fällen bestanden noch secundäre Symptome, in 3 von diesen 14 tertiäre Symptome zur Zeit der Aufnahme.

Verfasser kommt zu dem Schlusse, dass in tabischen Fällen mit luetischen Antecedentien in den meisten Fällen ein specifisches Kurverfahren einzuleiten sei; wenn keine Heilung, die bisher noch selten, so ist doch in relativ vielen Fällen eine an Heilung grenzende Besserung zu erreichen. In weit vorgeschrittenen Fällen, wo die Kräfte darniederliegen, wo die vorangegangene Syphilis unsicher, soll man dagegen von einer mercuriellen Behandlung absehen.

In Bezug auf die dem Buche angefügten 36 Einzelbeobachtungen, die nach mancher Richtung hin Interesse bieten, müssen wir auf das Original verweisen, dessen Lectüre Jeden, der sich für die Frage interessirt schon wegen der ruhigen und nüchternen, ohne Voreingenommenheit geschriebenen Darstellung, ansprechen wird. Die Ausstattung ist gut. M.

V. Personalien.

Als Privatdocenten für Psychiatrie haben sich an der Universität Petersburg habilitirt die Herren Dr. Bechterew und Dr. Erlitzki.

Druckfehler, um deren Berichtigung wir bitten:

Seite	62	Zeile	7	lies mässige Myopie statt mächtige Myopie.
„	70	„	29	„ psychiatrische Klinik statt psychische Klinik.
„	71	„	9	„ Contzen statt Contzer.
„	71	„	10	„ Raiz von Frentz statt Reiz von Frentz.
„	71	„	31	„ Fürst statt Förster.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. März. No. 5.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Transitorische Tobsucht im Gefolge eines Anfalls von Messingfieber von Dr. **O. Binswanger.** — 2. Notizen zur Epilepsie von Dr. **F. Siemens.** — 3. Nachtrag zu der Mittheilung über die Geschmacksfasern der Chorda in Nr. 4 d. Bl. von Prof. Dr. **Wilhelm Erb.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Ueber Nervenendigungen im quergestreiften Muskel von Dr. **W. Wolff.** — Physiologie. 2. Ueber Zeitmessung und graphische Darstellung der Sehnenreflexe von Prof. Dr. **A. Eulenburg.** 3. Sur les relations du systéme vasomoteur du bulbe avec celui de la moëlle épinière chez l'homme etc. von **Pierret.** — Pathologische Anatomie. 4. Sul cranio e cervellos di une epilettica von **Baietrocchi.** 5. Beitrag zur pathologischen Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis von Doc. Dr. **Otto Kahler.** 6. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la Paralysie agitante etc. von **J. Luys.** 7. Contribution à l'étude d'une statistique sur le poids des hémisphères cérébraux à l'état normale et à l'état pathologique von **J. Luys.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Rechtsseitige und linksseitige Hemiplegieen. 9. Note sur un cas de rage chez l'homme von Dr. **Long.** 10. Contribution à l'étude des localisations cérébrales von **J. Luys.** 11. De la non existence du tremblement sénile comme entité nosologique von **J. Luys.** 12. Beiträge zur Lehre von der Athetose und den vasomotorischen Neurosen der Extremitäten von Dr. **M. Bernhardt.** 13. Ueber einen neuen Fall von Myxoedema oder Cachexie pachydermique von **Charpentier.** — Psychiatrie. 14. Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve par **Lasuège.** 15. Observations de narcolepsie dans la démence et l'épilepsie von **Rousseau.** 16. Un cas de dédoublement de la personalité von **Camuset.** 17. Ueber Platzangst und verwandte Zustände von **L. Löwenfeld.** 18. Tumeur du cerveau avec aliénation mentale von **Dagonet.** 19. Note sur la mégalomanie ou lypémanie partielle von **A. Foville.** — Therapie. 20. Zur Casuistik der Nervendehnung von **B. Auerbach.** 21. Another Case of acute traumatic Tetanus, treated successfully by Chloral and Bromide of Potassium by **Salter.** — Forensische Psychiatrie. 22. L'Assassin Lefroy par **B. Ball.** 23. Rapport médico-légal. Diffamation von **Vermeulen et Ingels.** — Anstaltswesen. 24. Lunacy in England von **Robertson.**

III. **Aus den Gesellschaften.**

IV. **Personalien.**

V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Transitorische Tobsucht im Gefolge eines Anfalls von Messingfieber.

Von Dr. **O. Binswanger** in Berlin.

Unter den gewerblichen Krankheiten der Metallarbeiter hat die „Giessfieber", „Zinkfieber", oder wie aus dem folgenden hervorgeht am besten „Messingfieber" (EULENBERG) benannte fieberhafte Erkrankung schon lange die Auf-

Digitized by Google

merksamkeit der Gewerbe-Hygieniker auf sich gelenkt. Indem ich betreffend der einschlägigen Literatur auf die bezüglichen Kapitel der deutschen Specialwerke über Gewerbekrankheiten (Hirt, Gewerbekrankheiten Leipzig 1875, Bd. I des Ziemssen'schen Sammelwerkes S. 449, und Eulenberg, Handbuch der Gewerbe-Hygiene, Berlin 1876 S. 720 ff.) verweise, will ich hier nur kurz an der Hand der dort gegebenen Schilderungen die hauptsächlichsten Krankheitserscheinungen darstellen, um die Gleichartigkeit derselben mit denjenigen der mitzutheilenden Beobachtung darzuthun.

Die Krankheit befällt ausschliesslich nur diejenigen Arbeiter, welche mit dem Giessen von Messing beschäftigt sind. Früher wurden die dabei sich entwickelnden Zinkdämpfe als Ursache der Erkrankung angesehen; die Erfahrung hat aber gelehrt, dass Zinkdämpfe allein niemals das charakteristische Krankheitsbild erzeugen — z. B. die Zinkhüttenarbeiter bleiben frei von der Erkrankung. — Ob die Arsenik- oder Kupferdämpfe, welche beim Messingguss ebenfalls entstehen, die Krankheitserreger bilden, ist noch nicht aufgeklärt. Die Krankheit ist unter den Messinggiessern sehr verbreitet; Hirt berechnet, dass 75 % aller Messinggiesser daran erkranken.

Den Anfang der Krankheitsanfälle bilden unbestimmtes Uebelbefinden, Appetitlosigkeit, Schmerzen im Unterleibe, hie und da Erbrechen. Hierzu gesellt sich theils dumpfer diffuser, theils fixer stechender Kopfschmerz und das Gefühl allgemeiner Zerschlagenheit mit Gliederschmerzen (Rückenschmerzen).

Die Höhe der Erkrankung bildet ein mehr weniger ausgeprägter Frostanfall, welcher im Durchschnitt 20—30 Minuten dauert, der aber bis zu drei Stunden anhalten kann. Hierauf subjectives Hitzegefühl, die Pulsfrequenz ist inzwischen bis 100 und 120 Schläge in der Minute gestiegen (genauere Temperaturbestimmungen fehlen), reichlicher Schweissausbruch und Beendigung des Anfalls, indem der Kranke in tiefen, mehrere Stunden anhaltenden Schlaf verfällt, aus welchem er gewöhnlich genesen erwacht. Der ganze Anfall ist fast immer begleitet von einem quälenden, meist trockenen, seltener mit zähem schleimigem Auswurf verknüpften Husten.

Solche Anfälle bleiben fast nie vereinzelt, meist wiederholen sie sich bei fortbestehenden schädigendem Einflusse mehrfach; bei einzelnen Arbeitern ist jeder Guss von einem Anfalle gefolgt.

Ausser dem oben erwähnten Kopfschmerze, der von Eulenberg als Schläfen-, von Hirt als Stirnkopfschmerz bezeichnet wird, sind nervöse Affectionen als Begleiterscheinungen dieser Anfälle nicht bekannt; speciell psychische Störungen fand ich nirgends erwähnt.

Im Anfange dieses Monates kam auf der Irrenabtheilung des Charité-Krankenhauses ein Krankheitsfall zur Beobachtung, bei welchem die kurzzdauernde geistige Alteration mit grosser Sicherheit auf einen solchen Anfall von Messingfieber zurückgeführt werden konnte.

Am 2. d. M. Nachmittags gegen 4 Uhr wurde der 23jährige Metallarbeiter G. R. auf Grund des ärztlichen Attestes, dass er an acuter gemeingefährlicher Tobsucht erkrankt sei, in die Irrenabtheilung aufgenommen.

Digitized by Google

Der Kranke war anscheinend völlig benommen, reagirte auf Fragen gar nicht, liess sich willenlos entkleiden und zu Bett bringen. Er lag meist mit geschlossenen Augen ruhig; zeitweise wurde er erregter, lachte laut vor sich hin, wälzte sich im Bette kreiselartig umher, warf die Decken weg, versuchte aus dem Bette zu klettern. Rief man ihn an, so versteckte er meist den Kopf rasch unter die Bettdecke, antwortete auf Fragen hie und da mit völlig sinnlosen Worten oder mit Ja und Nein, ohne auf den Inhalt der Frage zu achten, kurz er machte den Eindruck eines völlig verwirrten Menschen. Das Gesicht war lebhaft geröthet, der Blick glänzend, unstät, der Puls voll, hüpfend, etwas beschleunigt (92), die Körpertemperatur nicht erhöht. Die Nacht verbrachte er ruhig schlafend. Am folgenden Morgen (3. Febr.) war er ruhig, machte den Eindruck eines müden, erschöpften Kranken, der einen schweren Fieberanfall überstanden.

Er wusste nicht wo er sich befand, gab Namen, Alter etc. richtig an, schimpfte über das „Lärmen der Leute", wenn Kranke in seiner Umgebung störend wurden, schlief aber bald wieder ein. Gegen Mittag erwachte er wieder, wunderte sich, dass er an fremdem Orte, in fremder Umgebung sich befand; befragt, wo er wohl sei, antwortete er nach einigem Besinnen „im Krankenhause". Ueber die Ursache seiner Ueberführung in die Anstalt befragt, wollte er absolut keinen Grund hierfür wissen; er fühle sich gesund, nur etwas müde und schwer im Kopfe, wie wenn er das „Fieber" gehabt hätte. Er wünschte dringend entlassen zu werden, da er sich gesund fühle. Ob zu Hause irgend etwas Auffälliges vorgefallen, ob er zornig erregt gewesen sei, ob er Streitigkeiten mit seinen Angehörigen gehabt, oder ob er betrunken gewesen sei; dies alles verneinte er auf das Bestimmteste. Er sei das einzige Kind seiner Eltern, beide Eltern seien gesund, weder sie noch er hätten jemals an Krämpfen gelitten. Am 4. Febr. ist er bei der Morgenvisite anscheinend völlig klar, die Nacht hat er ruhig schlafend verbracht, bittet aufstehen zu dürfen, da ihm das Bettliegen zu langweilig sei. Auch jetzt will er über die Vorgänge, welche ihn in die Anstalt gebracht haben, nichts wissen. Er erinnert sich aber jetzt, dass die Eltern und ein Schutzmann unter der Vorspiegelung mit ihm in ein Vergnügungslocal zu fahren, ihn in die Charité gebracht hätten. Wie er hier in das Aufnahmebureau gekommen sei, hätte er gemerkt, dass es die Charité sei. Es sei ihm egal gewesen.

Nachmittags giebt er an, dass ihm nach und nach die Erinnerung an die Vorgänge der letzten Tage wiederkehre. Er werde im nächsten Monat 24 Jahre alt; als Kind habe er die Gemeindeschulen besucht, hätte alle Klassen derselben mit Erfolg durch gemacht und sei dann als Lehrling in ein Möbelpoliergeschäft gekommen. Ausser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten habe er nie an irgend einer Krankheit gelitten. Niemals Schwindelzustände, Ohnmachten, Kopfschmerz etc. Seit einigen Jahren sei er in Metallgiessereien mit Ueberwachung des Gusses und Bauen von Formen beschäftigt. In den letzten zwei Jahren, seit er bei seinem jetzigen Meister arbeite, der viel „schlechtes Messing" giesse, hätte er mehrfach am „Giessfieber" gelitten. Jeder,

Digitized by Google

der in solchen Giessereien beschäftigt sei, mache diese Krankheit durch; die Anfälle kämen meist dann, wenn beim Guss ein dicker, gelber Qualm emporsteige. Das Giessfieber bestehe darin, dass man eine Art Schwindel bekomme, allgemeine Schlaffheit, Müdigkeit in den „Knochen" auftrete, worauf abwechselnd Frösteln sich zeige. Ein solcher Anfall dauerte $^1/_2$—1 Tag. Man müsse sich meist dabei zu Bett legen, da es einem zu schlecht sei. Eine besondere Schläfrigkeit, Benommenheit des Kopfes bestehe während des Anfalls selbst nicht. Allgemein wüsste man, dass man bei einem solchen Anfalle heisse Milch trinken müsse, worauf man dann in tiefen Schlaf falle. Der Anfall sei dann vorüber.

Zum letzten Male hätte er diesen Anfall am Morgen des Tages seiner Aufnahme in die Anstalt gehabt. Morgens früh war er mit Giessen beschäftigt, es wurde ihm übel, schwindlig, es fröstelte ihn; Mittags ging er noch mit klarem Bewusstsein nach Hause, sagte noch zu den Mitgesellen, dass er sich krank fühle und deshalb Nachmittags nicht kommen werde. Als er sich morgens elend fühlte, hätte er sich von den Mitarbeitern Schnaps geben lassen, etwa für 5—10 Pfennige. Er tränke sonst nie Schnaps bei der Arbeit, sei überhaupt kein Trinker. Mittags hätte er fast gar nichts gegessen; es sei ihm fieberhaft zu Muthe gewesen, habe sich deshalb zu Bett gelegt; es sei ihm bald warm, bald kalt geworden. Er sei dann eingeschlafen (?); er könne sich nur dunkel erinnern, dass plötzlich das Hemd zerrissen gewesen sei, ob er es und wie er es gemacht, dass sei ihm ganz unklar. Die Mutter hätte ihm hierauf ein anderes Hemd angezogen, dass dann auch plötzlich entzwei gewesen sei. geschrieen hätte er nicht, auch sonst nichts zerstört. Bestimmte Gedanken hätte er dabei nicht gehabt (hallucinatorische Vorgänge sind, soweit das Examen ergiebt, nicht vorhanden gewesen), gegen Abend sei er aus dem Bett aufgestanden, hätte sich angekleidet und dann fortgehen wollen. Darauf sei der Schutzmann gekommen, der ihn fortgeholt hätte. Ueber die Vorgänge, die am ersten Abende seines Anstaltsaufenthaltes beobachtet wurden, kann er keinerlei Auskunft geben, genau erinnert er sich erst an die Morgenvisite des folgenden Tages. Jetzt will er ganz klar sein, er sehe ein, dass er krank gewesen sein müsse.

Die körperliche Untersuchung ergiebt nichts krankhaftes; psychisch erscheint er jetzt als ein mässig begabter, ziemlich apathischer und gutmüthiger Mensch.

Er wird noch zwei weitere Tage zur Beobachtung auf der Abtheilung zurückgehalten und dann am 7. d. M., da keinerlei Krankheitserscheinungen mehr vorhanden waren, als geheilt entlassen.

Der Vater des G. R. bestätigte die Angaben des Sohnes bezüglich des Vorlebens; über den Anfall geistiger Störung berichtet er folgendes. Der Sohn, der im Ganzen gutmüthig, aber doch hie und da aufbrausend sei, hätte am Abend des vorhergehenden Tages (2. Febr.) Streit mit seiner Braut gehabt, sei ärgerlich verstimmt nach Hause gekommen. Die Nacht hätte er gut geschlafen, sei aber übel gelaunt zur Arbeit gegangen. Gegen Mittag sei er heimgekehrt und hätte auf die Eltern den Eindruck eines betrunkenen Menschen gemacht; er hätte ganz roth im Gesicht ausgesehen, die Augen seien starr und glänzend gewesen; „er war wie geistesabwesend". Er hätte nichts gegessen,

Digitized by Google

sondern sich gleich zu Bett gelegt. Dort sei er bald aufgesprungen, hätte das Hemd in Stücke zerrissen, sei nackt aus dem Bett gesprungen, einen Stuhl ergriffen, und indem er ihn drohend schwang, geschrieen: Wer sich naht, schlage ich nieder; ich will Euch zeigen wer hier Meister ist. Dann legte er sich wieder nieder, schlief anscheinend kurze Zeit, sprang dann wieder auf, zerriss das zweite ihm von der Mutter angezogene Hemd, zerschlug einen Stuhl und mehrere Glassachen, wollte nackt davon stürmen, schrie laut und konnte nur mühsam mit Hülfe einiger Nachbarn gebändigt werden. Der Vater requirirte dann Polizei und brachte den Sohn, ohne dass derselbe, der jetzt ruhig geworden war, irgend welchen Widerstand entgegensetzte, nach der Charité. Der Vater giebt an, dass der Sohn kein Gewohnheitstrinker sei; an diesem Morgen habe er nach Angabe der Mitgesellen, da es ihm bei der Arbeit übel geworden sei, für zehn Pfennige Schnaps holen lassen. Der Sohn wäre den Mitgesellen schon den ganzen Morgen wegen seines eigenthümlich verschlossenen Wesens aufgefallen.

Der Vater bestätigt, dass geistige oder andere nervöse Störungen in der Familie niemals vorgekommen und dass der Sohn früher geistig immer gesund gewesen sei.

Aus der Vorgeschichte, der Entwickelung und dem Verlaufe des vorstehenden Krankheitsfalles erhellt in unzweideutiger Weise der pathogenetische Zusammenhang zwischen der geistigen Störung und der seit zwei Jahren bestehenden Giesserkrankheit. Ich glaube deshalb von einer weiteren epikritischen Beleuchtung dieser Beobachtung Abstand nehmen zu dürfen. Nur auf zwei Punkte möchte ich hier kurz zurückkommen. Es ist sowohl von dem Kranken selbst als auch von seinem Vater angegeben worden, dass der eigentlichen psychischen Störung der Genuss einer nicht geringen Menge von Schnaps voraufgegangen ist. Es kann deshalb die Frage discutirt werden, ob es sich hier nicht vielmehr um einen eigenthümlichen pathologischen Rauschzustand gehandelt habe. Aber abgesehen von dem protrahirten Verlaufe der Erkrankung und der Thatsache, dass der qu. Kranke weder Gewohnheitstrinker war, noch aus andern Gründen jemals eine pathologische Resistenzlosigkeit gegen Alcoholica gezeigt hatte, spricht der Umstand dagegen, dass, wie genaue Angaben der Mitarbeiter darthun, der Beginn der Erkrankung schon vor dem Schnapsgenusse constatirt werden konnte. Der Kranke hatte wohl vielmehr zum Schnapse gegriffen, um das Schwächegefühl und gewisse lästige, ungewohnte Gefühlsstimmungen zu bemeistern. In wie weit die Intensität des Anfalls psychischer Störung durch diesen Alcoholmissbrauch beeinflusst worden ist, lässt sich kaum bestimmen.

Bemerkenswerther ist die Thatsache, dass der Erkrankung eine stärkere Gemüthserregung voraufgegangen ist. Dieser Umstand kann sehr wohl als Erklärung dieses eigenthümlichen Verlaufes der Metallintoxication verwerthet werden, wenn wir in Berücksichtigung ziehen, dass es sich um einen geistig nur mittelmässig begabten Menschen handelte.

Bezüglich der nosologischen Stellung dieser Erkrankung möchte ich nur kurz auf die Verwandtschaft des Krankheitsbildes mit den vielfach beschriebenen transitorisch auftretenden Psychosen bei Malariainfectionen hinweisen. Ent-

Digitized by Google

sprechend jenen Anfällen von Intermittens larvata würde hier die Psychose an Stelle des Fieberanfalls aufgetreten sein.

Vielleicht veranlasst diese kurze Mittheilung diejenigen Herren Collegen, welche in Districten der Messingindustrie thätig sind, ihre Erfahrungen über diesen Gegenstand bekannt zu geben.

---

2. Notizen zur Epilepsie.

Von Dr. **F. Siemens** in Marburg.

M. Magnan lässt augenblicklich im Progrès médical (No. 1 und 5) Vorträge über Epilepsie veröffentlichen, welche nach dem vollständigen Erscheinen im Zusammenhang referirt werden sollen. Es sei mir gestattet, für jetzt an einige besonders bemerkenswerthe Stellen dieser Vorträge einige kurze Ausführungen anzuküpfen.

I. Bei Beschreibung des epileptischen Anfalles sagt Magnan, dass im tonischen Stadium die Pupillen sich erweitern und die Augen sich nach oben richten. Aus dem klonischen Stadium fehlt die Angabe über den Stand der Iris.

Die Wichtigkeit des Verhaltens der Pupillen bei der Epilepsie hat schon von jeher die Beobachter beschäftigt und man findet daher bei allen Beschreibungen des epileptischen Anfalls Angaben darüber. Merkwürdiger Weise sind diese Angaben sehr verschieden. Das liegt wohl daran, dass der Beobachter selten von Beginn des Anfalls an zugegen ist und selten rechtzeitig hinzukommt, um Alles sehen zu können. Die meisten Lehrbücher, welche Angaben darüber enthalten, geben Erweiterung der Pupillen für die zwei ersten Stadien des Anfalls (Tonus und Klonus) an, so Nothnagel (in Ziemssen's Handbuch), Niemeyer-Seitz u. A. — Romberg hielt noch die Starre der Pupillen für das Wichtigste, „mag die Pupille erweitert oder verengert sein." Russ.-Reynolds in seiner Monographie der Epilepsie hält die Erweiterung im Beginn des Anfalls für das Gewöhnliche, im Endstadium soll Verengerung eintreten. An einem andern Orte sagt Reynolds: „Der Stand der Iris ist variabel." Sodann erwähnt er einen Fall, in welchem der Erweiterung eine momentane Contraction vorausging. — In einem neueren französichen Werke von Robin (Des troubles oculaires dans les malad. ment. Paris 1880) steht S. 216 über das Verhalten der Pupillen bei der Epilepsie: Während des tonischen Stadiums sind die Pupillen erweitert und ihre Sensibilität verringert, bei den Convulsionen sind sie abwechselnd erweitert und contrahirt, zuweilen ungleich, wenn das Bewusstsein wiederkehrt, contrahiren sie sich. Mit Bezug auf Simulation hält Robin die Immobilisation und die Erweiterung für pathognostisch. — Von neueren Journal-Aufsätzen erwähne ich hier nur Witkowski (Allg. Zeitschr. für Psych. Bd. 37, S. 182). Derselbe hat sehr genaue Beobachtungen gemacht und giebt an, dass bei den regulären epileptischen Anfällen regelmässig Pupillenerweiterung und gleichsinnige Augenablenkung, selten für Letzteres Schielen, stattfindet. Auch fand er im klonischen Stadium häufig klonische Pupillenkrämpfe (Arch. f. Psych. IX, 446).

Digitized by Google

Aussergewöhnlich günstige äussere Bedingungen setzen mich in den Stand, aus eigener Anschauung über das Verhalten der Pupillen bei einer Epileptischen, und zwar vom initialen Schrei des Anfalls an, Genaues berichten zu können. Es betrifft eine Kranke, deren Epilepsie noch vom Ergotismus epidemicus herrührt und welche hartnäckig der Heilung trotzt. Dass die epileptischen Anfälle der Ergotismuskranken sich von denen der gewöhnlichen Epileptiker in Nichts unterscheiden, habe ich früher schon nachgewiesen (Arch. für Psych. XI, 2). Bei dieser Kranken (Mädchen von 20 Jahren), welches im Wachzimmer permanent zu Bette liegt und sehr viele Anfälle hat, tritt jedesmal mit dem Schrei eine Verengerung ad maximum der gewöhnlich übermittelweiten Pupillen ein. Diese Verengerung geht mit dem eintretenden Tonus sehr rasch in Erweiterung ad maximum über, so dass auf der Höhe des tonischen Stadiums (welches bekanntlich nur einige Sekunden dauert) die Iris fast nicht mehr zu sehen ist. Dabei gleichsinnige Ablenkung der Augen nach oben (ganz wie Witkowski beschreibt). Während des nun folgenden klonischen Stadiums (welches etwa eine Minute dauert) sind die Pupillen zwar noch stark erweitert, doch nicht mehr ad maximum. Die Erweiterung geht im Stadium des Stertor und Coma noch mehr zurück, und wenn dieser Zustand, wie das gewöhnlich der Fall ist, in Schlaf übergeht, so verengern sich die Pupillen und die Augen zeigen die bekannten Erscheinungen, welche s. Z. von Raehlmann und Witkowski, von mir u. A. beschrieben sind. Krampfbewegungen der Pupillen zeigt unsere Kranke nicht.

Das Neue dieser Beobachtung ist die constante initiale starke Verengerung der Pupillen, die sich dann sofort ad maximum erweitern. Die beiläufige Beobachtung R. Reynolds ist jetzt eine Bestätigung dafür, denn sie ist offenbar in einem Falle gewonnen, wo der Beobachter früh genug zur Hand war. Auch Gower's in seiner neuen Monographie erwähnt, dass er gelegntlich im Beginn des Anfalls Verengerung der Pupillen gesehen habe.

Was nun das Verhalten gegen Licht anbetrifft, so fand ich sowohl die verengerten, als die ad maximum erweiterten Pupillen starr; die Pupillen reagiren erst allmählich etwas auf Licht, je mehr sich das klonische Stadium seinem Ende nähert. Auch im Coma und Schlaf reagiren die Pupillen bekanntlich etwas Weniges auf Licht.

II. Zur Erkennung der Simulation sind die vorerwähnten Dinge von grosser Wichtigkeit. Witkowski hat (l. c) noch auf eine andere Erscheinung aufmerksam gemacht, die ebenfalls sich zur Erkennung der Simulation verwerthen lässt, das sind die nicht associirten Bewegungen und besonders die einseitigen Bewegungen der Augen im Anfall, und zwar in den späteren Stadien. Diese atypischen Bewegungen finden sich bekanntlich auch bei Schlafenden; es ist daher sowohl der Anfall wie der Schlaf, bei welchem sie gefunden werden, ein ungekünstelter.

Magnan urgirt noch ein anderes Merkmal zur Erkennung der Simulation, nämlich die Wirkung des Krampfes des M. sternocleidomastoid. Die Simulanten, wenn sie nicht gute Anatomen sind, werden die Wirkung dieses Muskels falsch nachahmen, sie senken nämlich das Gesicht nach der Seite des Krampfes,

Digitized by Google

während der Sternocleidomastoideus zwar das Ohr zum Sternum herabzieht, das Gesicht aber dabei nach oben wendet.

III. MAGNAN hat bei Hunden, die er durch Absynth-Essenz epileptisch gemacht hatte, durch Fenster im Schädel beobachtet, dass schon im tonischen Stadium die Gehirngefässe erweitert sind. Auch hat M. Blutdrucksuntersuchungen bei diesen Hunden gemacht und gefunden, dass während des Tonus (‚tetanos du coeur') der Blutdruck in der Carotis steigt, im Klonus dagegen sinkt. Damit stimmt sehr gut die sphygmographische Radialiscurve aus dem zweiten und dritten Stadium des Anfalls, welche bekanntlich herabgesetzte Spannung (starke Dicrotie) zeigt, wie ich das früher (Arch. f. Psych. XI.) ausführlich erörtert habe.

3. Nachtrag zu der Mittheilung über die Geschmacksfasern der Chorda in Nr. 4 d. Bl.

Von Prof. Dr. **Wilh. Erb** in Leipzig.

Die erwähnte Mittheilung war bereits gedruckt, als ich gelegentlich der Durchsicht älterer Krankheitsgeschichten noch zwei Fälle entdeckte, welche zu der dort behandelten Frage in nächster Beziehung stehen. Ich kann es mir nicht versagen, auch diese beiden Fälle noch in aller Kürze mitzutheilen, da sie eine sehr erwünschte Ergänzung meiner ersten Beobachtung darstellen.

Regine G., 48jährige Köchin, erkrankte im August 1870 in Folge wiederholter Erkältungen der linken Gesichtshälfte mit Pelzigsein derselben, das sich bald über die ganze Gesichtshälfte erstreckte, von Schwindelerscheinungen und Röthung des linken Auges, aber nie von Schmerz begleitet war. Etwas später auch Pelzigsein des Gaumens und der Zunge links, Undeutlichwerden des Geschmacks (Patientin ist Köchin!) auf der linken Zungenhälfte. Sonst keinerlei Störung, auch nicht im Kauen.

Status am 13. December 1870: Pat. bietet alle Erscheinungen einer unvollständigen Lähmung des Trigemin. sin. dar: verminderte Sensibilität (keine vollständige Anästhesie) auf der ganzen linken Gesichtshälfte, der linken Zungen- und Gaumenhälfte; das linke Auge stark geröthet, thränend, zeigt ein oberflächliches Cornealgeschwür. — Geschmack auf der linken vorderen Zungenhälfte erheblich herabgesetzt. — Alle übrigen Gehirnnerven frei; Motilität im Facialisgebiet ganz normal. — Gehör beiderseits gut. Keine Lähmung der Kaumuskeln. Schlingen geht gut. In den Extremitäten nichts Abnormes.

Patientin wurde — ohne erheblichen Erfolg — galvanisch behandelt und blieb mehrere Monate in Beobachtung; es trat keine Aenderung des Symptomenbildes ein.

Dieser Fall zeigt also eine — höchst wahrscheinlich basal bedingte — Anästhesie des Trigeminus mit Herabsetzung des Geschmacks, bei ganz normalem Facialis; was ihm gegenüber der neulich mitgetheilten Beobachtung besonderen Werth verleiht, ist das Freisein des Gehörorgans von jeder Störung, so dass die Möglichkeit einer anderweitigen Erkrankung der Chorda hier völlig ausgeschlossen ist.[1]

[1] Der interessante Fall von GOWER's ist mir erst durch das Referat in Nr. 4 d. Bl. (S. 90) bekannt geworden. Aus dem Referat geht nicht mit Sicherheit hervor, ob hier ebenfalls das Gehörorgan intact war.

Digitized by Google

Der zweite Fall ist nach einer anderen Richtung interessant und zu verwerthen.

Herr L., 40jähriger Kaufmann, erkrankte vor zehn Monaten an einer rechtseitigen Abducenslähmung; zwei Monate später stellte sich Lähmung der rechtseitigen Kaumuskeln und Gefühlslähmung am Kinne rechts ein; vor wenig Tagen eine rechtseitige Oculomotoriuslähmung. Nie Kopfschmerz, nie Schwindel, Sprechen und Schlucken immer gut.

Status, Juli 1872: Völlige rechtseitige Oculomotoriuslähmung, mit Ptosis und Mydriasis; völlige Abducenslähmung rechts; Trochlearis frei. — Facialis rechts in seiner Motilität ganz intact. — Der sensible Verbreitungsbezirk des dritten Trigeminusastes rechts ist anästhetisch (Kinngegend bis zur Mitte des Unterkiefers, Gegend vor dem Ohr bis zur Schläfe, Zähne und Zahnfleisch des Unterkiefers, die Mitte der Zunge rechts vollständig, die Spitze nur unvollständig); die Kaumuskeln rechts vollständig gelähmt; dagegen ist der Geschmack auf der rechten Zungenhälfte vollständig erhalten (für die verschiedenen Geschmacksqualitäten und für den galvanischen Strom). Ebenso die Sensibilität im Gebiet des ersten und zweiten Astes des Trigeminus ganz normal. — Zunge gerade, Gaumensegel desgleichen; Sensibilität und Reflexe des Gaumensegels, Gehör, Sprache, Stimme, Extremitäten etc. normal. — Faradische Erregbarkeit des rechten Masseter erloschen, galvanische erhalten. Narben auf der Haut und am Gaumen.

Unter Jodkaligebrauch schon nach drei Wochen erhebliche Besserung: Oculomotoriuslähmung gänzlich geschwunden, Trigeminuslähmung erheblich vermindert, Abducenslähmung noch unverändert.

Es ist hier nicht genauer zu untersuchen, um was für eine Läsion es sich in diesem Falle handelte; ich halte es für wahrscheinlich, dass hier isolirte (wahrscheinlich syphilitische) Erkrankungen der drei genannten Nerven vorlagen. Jedenfalls war der dritte Trigeminusast hoch oben in seiner Leitung gehemmt; und der Fall spricht also dafür, dass die Geschmacksfasern der Chorda nicht im dritten Trigeminusast liegen, sondern — wie auch von den Meisten angenommen wird — im zweiten Ast zum Gehirn verlaufen.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Ueber Nervenendigungen im quergestreiften Muskel** von Dr. W. Wolff Berlin. (Arch. f. mikroskop. Anatomie. Bd. XIX. S. 331.)

Verf. hat Untersuchungen an den Muskeln der Gliederthiere und aller Klassen der Wirbelthiere nach verschiedenen Methoden angestellt und überall im wesentlichen das gleiche Verhalten gefunden.

Die Endverzweigungen der motorischen Nerven liegen ausserhalb des Sarkolemmaschlauches, sind stets markhaltig und besitzen die Schwann'sche Scheide; diese geht zuletzt continuirlich in das Sarkolemma über, und dadurch treten Axencylinder und Markscheide in Berührung mit der quergestreiften Substanz. Hier hört der Nerv auf. Er endigt entweder als einfache Faser oder theilt sich vorher, gewöhnlich in zwei, seltener in mehr Endfasern, die bald kurz und dick, bald länger und fein sind.

Um die Endfasern herum liegen bald mehr bald weniger zahlreiche Kerne, die

Digitized by Google

immer nur dem Neurilemma, Sarkolemma oder dem Zwischenbindegewebe angehören Ihre, besonders bei den Säugern mächtige, Anhäufung hat zu dem Bilde der Endplatten, Endknospen Anlass gegeben, die W. nirgends finden konnte. W. glaubt, dass wohl namentlich die durch Silberbehandlung gewonnenen Präparate Täuschungen veranlasst haben, indem man die meist heller erscheinenden Zwischenräume zwischen den Kernen, welche letztere ausserdem öfters das Ende der Nervenfaser verdeckten, für etwas Besonderes hielt. — Nie endigt die Nervenfaser in einem Kerne, noch dringt sie weiter innerhalb des Sarkolemma vor.

Den Doyère'schen Hügel erklärt W. für eine inconstante trichterförmige Erweiterung des Neurilemma beim Uebergange in das Sarkolemma.

Bei der Fledermaus hatte schon Carl Sachs bis ans Ende markhaltige motorische Fasern gefunden. Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber Zeitmessung und graphische Darstellung der Sehnenreflexe von Prof. A. Eulenburg in Greifswald. (Zeitschr. für klinische Medicin, Bd. IV, Heft 1 u. 2. S. 179.)

Um mit Hülfe einer graphischen Methode genaue Resultate über die Dauer der Latenzperiode, sowie über die Dauer und Intensität der Muskelzuckung bei den Sehnenreflexen zu gewinnen, bediente sich E. einer von Landois herrührenden Vorrichtung. Bei dieser ist die Registrirplatte direkt an der einen Branche einer Stimmgabel angebracht und wird durch letztere in gleichmässige Vibrationen von bekannter Zeitdauer versetzt. Auf dem Curvenbilde, welches der zeichnende Hebel von der Muskelzuckung entwirft, markiren sich also die Stimmgabel-Schwingungen als feine Zähnelungen. Die Dauer einer Muskelzuckung ermisst sich demnach sehr leicht, indem man die das betreffende Curvenbild zusammensetzenden Zähnchen auszählt und ihre Anzahl mit der bekannten Dauer einer Einzelschwingung multiplicirt. Um die Latenzperiode der Reflexe zu bestimmen, wurden gleichzeitig zwei Curven registrirt, von denen eine den Zeitpunkt der Reizung, die andere den Zeitpunkt des Bewegungsbeginns selbständig markirte. Die Uebertragung der Bewegung geschah mittelst lufthaltiger, mit einer Kautschukmembran überspannter Metallkapseln, von denen die eine am lig. patellae, die andere etwa in der Mitte des rectus femoris fixirt wurde.

Auf diese Weise fand E. bei gesunden Erwachsenen die Dauer der Latenzzeit in der Regel 0,01613 bis 0,03226 Secunden betragen. Nie war sie länger, nur ausnahmsweise noch kürzer. Als Durchschnittswerth kann daher 0,0242 Sec. angesehen werden. Ein Vergleich dieser Zahl mit der Länge der durchlaufenen Nervenstrecke (d. h. den reflectorischen Charakter der Zuckung vorausgesetzt) und den für die Fortpflanzung der Erregung in den Nerven angegebenen, übrigens sehr schwankenden Werthen, giebt ein durchaus übereinstimmendes Resultat, wobei aber irgend eine Hemmung, eine besondere Uebertragungszeit in der grauen Substanz des Rückenmarks als nicht vorhanden angenommen wird. — Bei Kindern, bei welchen im Allgemeinen die Sehnenreflexe etwas schwächer entwickelt sind, ist die Dauer der Latenzzeit eine etwas längere. In Fällen mit erhöhten Sehnenreflexen ist die Dauer der Latenzzeit dagegen noch bedeutend kürzer, was nach dem Obigen nur auf eine abnorm beschleunigte Fortpflanzungsgeschwindigkeit in den Leitungsbahnen bezogen werden kann.

Die Dauer einer Muskelzuckung beträgt bei Gesunden mindestens 0,09768 bis 0,11291 Secunden, häufig jedoch sogar 0,20959. Bei abnormer Verstärkung der Sehnenreflexe kann diese Dauer noch um das 3—4fache vermehrt sein. E. führt schliesslich noch einen Fall an von Poliomyelitis mit Lähmung des rechten Beins. Während in diesem die Sehnenreflexe eine Zeit lang ganz fehlten, waren sie in dem linken, sonst gesunden Bein sehr lebhaft gesteigert. E. sieht hierin eine Art „bilateral-

Digitized by Google

antagonistischen" Verhaltens. Unter dem Gebrauch von Strychnin-Injectionen trat in dem Falle Heilung ein und auch das Kniephänomen kam am rechten Bein wieder zum Vorschein.

(Bekanntlich hat E. in dem ersten Heft dieses Blattes weitere Mittheilungen über Zeitmessungen von Sehnenreflexen gemacht, nach welchen er den reflectorischen Character derselben in Frage stellen zu müssen glaubt.) Strümpell.

---

3) Sur les relations du système vaso-moteur du bulbe avec celui de la moelle épinière chez l'homme et sur les altérations de ces deux systèmes dans le cours du tabes sensitif von M. A. Pierret. (Compt. rend. 1882, Nr. 5, 30. Janv. 1882.)

P. wurde im Verlauf seiner Arbeiten über die chronische Entzündung des sensitiven Systems „Tabes sensitif, sclérose médullaire postérieure, ataxie locomotrice progressive" dahin geführt, die Ursache der bei jener Krankheit beobachteten vasomotorischen resp. trophischen Störungen zu untersuchen, wohin er rechnet: die schmerzhaften gastrischen Crisen, die des Oesophagus, des Larynx, die Diarrhoekrisen, die sekretorischen oder vasomotorischen Störungen auf der Haut (lokale Schweisse, Gefässverengerungen oder -erweiterungen). Diese Erscheinungen werden bedingt durch eine functionelle Störung der gemischten Nerven: Glossopharyngeus, Vagus und Accessorius und Sympathicus. Diese verschiedenen Nerven bilden in Rückenmark, Medulla oblongata und Pons ein anatomisches intermediäres System mit motorischen und sensitiven Zonen.

Dieses System liefert da, wo Facialis und Acusticus hervortreten, einen vasomotorischen Nerven, den Nv. intermed. Wrisbergii, der direkt aus diesem aufsteigenden gemischten Bündel heraustritt, das unter dem Namen des solitären Bündels von Stilling (slender column von Clarke)[1] bekannt ist. Unterhalb des Wrisberg'schen Nerven gehen von demselben Bündel vasomotorische Fasern zum Glossopharyngeus, weiter unten solche zum Vagus, indem gleichzeitig die Verbindung mit mehreren motorischen und sensitiven Ganglien bestehen bleibt. Während hier die Anatomen (Clarke, Meynert) jenes Bündel die merkwürdigsten („les plus fantaisistes") Verbindungen eingehen liessen, ist es Verf. gelungen, durch longitudinale Schnitte des Bulbus im normalen und pathologischen Zustande, nachzuweisen, dass dasselbe, zum grossen Theil vaso-motorischer Natur, sich im Niveau der Pyramidenkreuzung umbiegt, und einen Bogen mit der Convexität nach aussen beschreibend, zur Seite des Accessor. spinal. tritt, um im Rückenmark sodann eine intermediäre Lage zwischen motorischen und sensitiven Zonen einzunehmen. Hier tritt es mit den aufsteigenden Fasern, die den Cervix cornu posterioris und die tiefe Partie der Seitenstränge einnehmen in Verbindung, eine Gegend, die sensitive, motorische und vasomotorische Fasern enthält.

Die letztern stammen aus dem Tractus intermedio-lateralis, der mit Recht als spinale Ursprungsstätte des Sympathicus gilt. Im Verlauf der Tabes wird diese Gegend sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen, und dann erscheint jene Reihe vasomotorischer Erscheinungen. Verf. hat mehrmals diese Läsionen nachgewiesen und die secundäre oder primäre Sclerose jenes bulbo-spinalen Systems ist die Ursache der Symptome, welche durch eine Störung in der Circulation oder eine Alteration der Sensibilität der inneren Organe hervorgerufen werden. M.

---

[1] In Deutschland häufig auch als Respirationsbündel (Krause) bezeichnet, Meynert bezeichnete es als die gemeinsam aufsteigende Wurzel des Vag., Glossoph. und Accessor. Referent.

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

4) Sul cranio e cervello di una epilettica von Baistrocchi. (Riv. sperim. di freniatria etc. VII. IV.)

Bei einem 14jährigen Mädchen, das seit dem 6. Lebensjahre an consulvisischen Erscheinungen vornehmlich der linken Körperhälfte gelitten hatte und später von typisch epileptischen Anfällen befallen wurde (letztere begannen meist ebenfalls mit Zuckungen der linken Körperhälfte), fand sich bei der Autopsie 1. ein „sub microcephaler" asymmetrischer Schädel, 2. Verwachsung der Pia mater über dem rechten Scheitel- und Schläfenlappen, 3. allgemeine Verkleinerung der rechten Hemisphäre, 4. Sclerose und Atrophie der Windungen des rechten Parieto-occipital- und des Temporallappens mit Ausnahme der hinteren Centralwindung. Mikroskopisch fand sich in den erkrankten Rindentheilen Schwund der nervösen Elemente und allgemeine Vermehrung des Bindegewebes (interstitielle Encephalitis). Binswanger.

---

5) Beitrag zur pathologischen Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis von Doc. Dr. Otto Kahler. (Prager Zeitschrift für Heilkunde. Bd. II., S. 432. Sep.-Abdr.)

Verf. bespricht zunächst auf Grund eigner und fremder Beobachtungen die bei der Tabes vorkommenden Störungen cerebraler Nerven. Am häufigsten und schon seit Duchenne bekannt sind die meist initialen und dann wieder vorübergehenden Oculomotorius- und Abducenslähmungen. Viel seltener sind Trigeminus- und Facialislähmungen. Eine besonders charakteristische Symptomengruppe bilden die zuweilen beobachteten Störungen im Gebiete des Vago-Accessorius und Glossopharyngeus. Hierher gehören die sog. „laryngealen Krisen" (eigenthümliche krampfhafte Hustenanfälle), welche zuweilen mit Schlingbeschwerden und auch mit einseitigen Lähmungen der Kehlkopfmuskeln combinirt sein können. Auf eine Vagusstörung ist auch die bei Tabikern vorkommende hohe Pulsfrequenz zu beziehen, welche K. in der Hälfte seiner Fälle fand. Für alle genannten cerebralen Symptome fehlt bis jetzt eine sichere anatomische Ursache. Zwar ist graue Degeneration der betreffenden Nervenstämme schon mehrmals gefunden worden, auch eine Degeneration der aufsteigenden Trigeminuswurzel, aber über das Verhalten der Nervenkerne selbst existiren bis jetzt keine näheren Untersuchungen.

K. war nun in der Lage, einen mit auffallenden cerebralen (bulbären) Symptomen combinirten Fall von Tabes genau anatomisch untersuchen zu können. Es handelte sich um einen 47jährigen Mann, der vor 6 Jahren plötzlich durch Accomodationslähmung weitsichtig geworden war. Seit 2 Jahren hatten sich neuralgische Schmerzen im ganzen Körper, Paraesthesien in den Beinen und Gürtelgefühl eingestellt. In den letzten Wochen vor der Aufnahme hatten sich Ptosis des linken oberen Augenlids, Schlingbeschwerden und Harnverhaltung eingestellt. Die objective Untersuchung ergab ausserdem eine Parese des rechten unteren Facialis, des rechten Stimmbandes und des Herabziehers des Kehldeckels. Pulsfrequenz 96—120. Schwäche und Unsicherheit der Beine, geringe Herabsetzung der Sensibilität, fehlende Sehnenreflexe. In der späteren Zeit traten häufige krampfhafte Hustenanfälle auf. Die Parese des Facialis und Oculomotorius besserte sich, die Lähmung des linken Stimmbandes blieb constant und auch das rechte wurde schliesslich paretisch. Patient starb an Verschluckungspneumonie. Die anatomische Untersuchung ergab eine fast totale Degeneration der Hinterstränge im Lenden- und Brustmark, vorzugsweise Degeneration der Goll'schen Stränge im Halsmark. Daneben starke chronische Meningitis und am Boden des vierten Ventrikels eine sehr hochgradige chronische Ependymitis. Das Ependym war verdickt, mit Granulationen und netzförmigen

Digitized by Google

Erhabenheiten besetzt, welche aus einem feinen Faserfilzwerk mit eingestreuten Rundzellen bestanden und starke Vascularisation zeigten. Sowohl in der Tiefe der Gruben, wie auch in das Gewebe eingeschlossen, fanden sich Reste von Ependymzellen. Von besonderer Wichtigkeit aber war, dass sich ein sklerosirender Process unterhalb des Ependyms auf die Nervensubstanz selbst fortgesetzt hatte. Vor Allem war der rechte hintere Vaguskern hochgradig atrophisch, der linke in geringerem Grade ebenfalls afficirt. Auch die Abducenskerne und die Umgebung der Facialiswurzel waren etwas betheiligt, während die übrigen Kerne intakt geblieben waren. Somit war für die Lähmung der Schlund- und Kehlkopfmuskeln eine genügende anatomische Ursache nachgewiesen worden. K. hält die im Anschluss an die Meningitis entstandene Ependymitis für das Primäre, welcher der subependymäre sclerotische Process gefolgt sei. Dieser ist allmählig bis auf die Vaguskernregion fortgeschritten und hat hierdurch die erwähnten klinischen Erscheinungen hervorgerufen.

Strümpell.

---

6) **Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la Paralysie agitante. Hypertrophie des cellules des régions protubérantielle et bulbaire** von J. Luys. (L'Encéphale. 1881. Nr. 4 p. 649.)

Bei 2 an Paralysis agitans verstorbenen Frauen von 62 und 65 J., war ausser dem gewöhnlicheren Befund — plaqueweiser interstitieller Sclerose in Brücke und Oblongata — in einigen Zellgruppen der medianen Brückenregion eine Hypertrophie der Ganglienzellen zu constatiren. Sie waren, verglichen mit einem normalen Präparat, auf das Doppelte vergrössert, gebläht, ihre Fortsätze auffallend deutlich. Diese Hypertrophie als anatomischen Ausdruck einer Art „motorischer Hypersecretion" bringt Verf. in Zusammenhang mit der krankhaft gesteigerten Muskelthätigkeit bei der Paralysis agitans.

Tuczek.

---

7) **Contribution à l'étude d'une statistique sur le poids des hémisphères cérébraux à l'état normal et à l'état pathologique** par M. J. Luys. (L'Encéphale, 1881, No. 4, p. 644.)

Unter 32 normalen Gehirnen weiblicher Leichen von 18—90 Jahren zeigten 5 keinen Gewichtsunterschied der beiden Hemisphären; in 21 Fällen war die linke schwerer, nur in 6 Fällen (22%) die rechte, jedoch höchstens um 10 gr. Unter 55 Gehirnen geisteskranker Frauen dagegen überwog 39 mal (71%) die rechte Hemisphäre die linke um ein Beträchtliches. (Absolute Zahlenangaben fehlen; der Hinweis des Verf. auf diese „Hypertrophie" der rechten Hemisphäre als ätiologisches Moment für die Seelenstörung hat daher nichts Ueberzeugendes.)

Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

8) **Rechtsseitige und linksseitige Hemiplegieen.**

Aus dem Bericht aus der städtischen Frauensiechenanstalt zu Berlin von Lothar Meyer (D. med. Woch. 1882, No. 7, Sep.-Abdr.) heben wir hervor, dass die in Folge von Apoplexia cerebri sanguinea rechtsseitig Gelähmten erheblich über die linksseitig Gelähmten praevalirten, nämlich wie 13:9 d. h. 59,0:40,9%.

Das in früheren Jahren beobachtete in Rede stehende Verhältniss war folgendes: rechtsseitig gelähmt 66, linksseitig 51, d. h. 56,4% : 43,5%. Wenn die Apoplexie auf beiden Seiten des Hirns gleich häufig ist, so scheinen demnach diejenigen, die auf der linken Seite des Hirns von der Apoplexie betroffen werden, vorzugsweise zum Siechthum disponirt.

M.

Digitized by Google

9) **Note sur un cas de rage chez l'homme** von Dr. Long (Genf). (Revue méd. de la Suisse Romande 15. Febr. 1882.)

56jähriger Mann erkrankte 67 Tage nach einem Hundebiss in die Hand, an Lyssa, die mit Galvanisation längs der Wirbelsäule, Lavements von Chloral und Morphiuminjectionen behandelt wurde. Verf. schreibt den im Ganzen milden Verlauf der Anwendung der Elektricität zu. Der Tod erfolgte am 5. Tage der Krankheit. Die Section ergab starke Hyperaemie des Hirns und Rückenmarkes; mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht.

Erwähnenswerth ist noch, dass Prof. Zahn mit dem Auswurf des Kranken zwei Kaninchen impfte — ohne jeden Erfolg. M.

---

10) **Contribution à l'étude des localisations cérébrales. Surdité ancienne. Atrophie des circonvolutions de la région cunéiforme** von J. Luys. (L'Encéphale. 1881, No. 4, p. 64. 2 Taf.)

Eine 75jährige Frau hatte durch beiderseitige purulente Otitis infolge von Variola im Alter von 25 Jahren das Gehör vollständig verloren. Später verlor sie die Sprache so gut wie ganz und wurde schwachsinnig. Sonst keine Gehirnerscheinungen, namentlich keine Sehstörungen; Tod in Folge einer acuten Krankheit. Es fand sich fast völliger Schwund des Cuneus und der benachbarten Windungen des Hinterhauptlappens beiderseits, rechts auch auf den Praecuneus übergreifend; hochgradige Atrophie der linken unteren Stirnwindung. Deutliche Verschmälerung der oberen Stirnwindung und des Lobus paracentralis rechterseits. Beide Acustici nur durch einzelne Fädchen angedeutet. Verf. weist auf eine frühere Beobachtung bei einer 74jährigen Taubstummen mit ähnlichem Befund hin. Tuczek.

---

11) **De la non-existence du tremblement sénile comme entité nosologique et distincte** von Luys. (L'Encéphale. 1881, No. 4, p. 653.)

L. weist darauf hin, dass nicht alle Greise zittern, weil sie alt sind, sondern dass, wenn sie zittern, dies ein krankhafter Zustand ist, welcher in das Capitel der Paralysis agitans gehört. Siemens.

---

12) **Beiträge zur Lehre von der „Athetose" und den vasomotorischen Neurosen der Extremitäten.** (Nach einem in der Ges. f. Psychiatrie und Nervenkrankh. am 14. März 1881 gehaltenen Vortrage) von Dr. M. Bernhardt. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr., XII. Bd., Heft 2.)

I. Fall von Hemiathetosis dextra. Bei der jetzt 20jährigen Patientin waren im Beginn der Beobachtung des Verf. (Februar 1878) die wesentlichsten damals schon seit 7 Monaten bestehenden Krankheitssymptome rechtsseitige Hemiparese mit ausgeprägter Hemichorea posthemiplegica ohne objective Sensibilitätsstörungen, unvollständige Aphasie und Agraphie und complete Hemianopsia dextra. Damals trat innerhalb 5 Wochen unter Jodkaliumbehandlung bedeutende Besserung der Aphasie und Agraphie, sowie der halbseitigen Chorea ein, an deren Stelle langsame, träge (Greif-)Bewegungen der Finger traten, welche, mit der Hammond'schen Athetose identificirt, seitdem also drei Jahre lang ebenso wie die Hemianopsie noch unverändert fortbestehen.

Verf. verwerthet diesen Fall zur Bestätigung der schon früher von ihm und Anderen ausgesprochenen Ansicht, dass die Hemiathetose nur eine Modification der bei Hemiplegischen vorkommenden hemichoreatischen Bewegungen ist.

II. Zwei Fälle von lokaler Asphyxie der Extremitäten. 1. Eine 25jährige Frau friert seit 2 Jahren sehr leicht an Händen und Füssen, selbst bei warmer Sommer-

Digitized by Google

luft. Erstere zeigen nach kurzem Aufenthalt im Freien bis zur Handwurzel cyanotische resp. dunkel livide Färbung. In kalter Luft werden Finger und Hände eiskalt und tief dunkelblau, im warmen Zimmer dunkelroth und schwellen unter objectiver Wärmevermehrung an. Subjectiven Paraesthesien entsprechen keine objectiven Sensibilitätsstörungen. Der Radialpuls ist beiderseits deutlich fühlbar. An den Füssen sind die Erscheinungen nicht zu beobachten.

2. Ein 27jähriger kräftiger Mann leidet seit 14 Tagen, nachdem er vor 4 Wochen sich die rechte Schulter gestossen hatte, an einer blassen, blaucyanotischen Verfärbung der rechten Hand mit objectiver Temperaturherabsetzung um 1,9° C. im Vergleich zur gesunden linken Hand. Die Sensibilität ist abgestumpft; ein durch Stich entleerter Blutstropfen ist dunkelblauroth, Druck auf die Muskulatur ist schmerzhaft, die faradische Erregbarkeit der Handmuskel ist herabgesetzt und träge. Weder an der Arteria radialis, noch an der Ulnaris und Brachialis ist ein Puls wahrnehmbar. Oedeme bestehen nicht.

Verf. glaubt nicht blos für den ersten doppelseitigen Fall, sondern auch für den zweiten einseitigen traumatischen eine Gefässerkrankung ausschliessen zu dürfen und reiht sie den von Raynaud, Vulpian, Lannois beschriebenen Fällen von localer Asphyxie der Extremitäten auf Grund eines in den vasomotorischen Centren des Halsmarkes supponirten erhöhten Erregbarkeitszustandes an. Die Application des galvanischen Stroms an der Halswirbelsäule hatte bei der ersten Patientin vorübergehend lindernden, bei dem traumatischen einseitigen Falle dauernden Erfolg.

E. Remak.

---

13) **Ueber einen neuen Fall von Myxoedema (der Engländer) oder Cachexie pachydermique,** welche sich den von Charcot (Archives de Neurologie; das Referat folgt nach vollständigem Erscheinen des Artikels) beschriebenen Fällen anreiht, berichtet Charpentier aus der klin. Abtheil. Legrand's du Saulle (Progrès médical, 1882, No. 5).

Es betrifft ein Kind von 4 Jahren, in dessen Familie Cretinismus und Kropf nicht vorgekommen sind; das Kind war zuerst normal und entwickelte sich gut. Nach 5 Monaten bildete sich Caries der Lendenwirbel aus, dazu traten Krämpfe auf. Nach 6 Monaten Dauer bildete sich die Verdickung der Haut aus, bes. im Gesicht, an dem untern Theil des Rumpfes, an den Extremitäten. Nur Thorax und Hals blieben verschont. Die Haut ist gedunsen, kalt, bläulich, dünn; der Fingerdruck bleibt nicht stehen, findet aber eine weiche elastische Resistenz. Das Gesicht ist kuglig entstellt, Lippen und Augenlider dick, die Nase platt. Die Kopfhaare sind meist ausgefallen.

Das Kind ist idiotisch. Es fragt sich, ob die Caries dieses allgemeine Myxoedem zur Folge gehabt hat, ob auch das Gehirn daran Theil nimmt, ob darauf die Idiotie zurückzuführen ist.

Siemens.

Psychiatrie.

14) **Le délire alcoolique n'est pas un délire, mais un rêve** par Lasègue. (Arch. générales de médec. Nov. 1881.)

L. sucht an der Hand einer genauen und interessanten Analyse des Delirium alcoholicum nachzuweisen, dass es denselben Werth wie Träume hat. Ebenso wie die Träume bestehe es vorzugsweise aus Gesichtsvorstellungen, gegen welche die Gehörvorstellungen eine untergeordnete Rolle einnehmen. Die Bilder des Traumes sind kurzdauernd, sie werden wie Bilder der Laterna magica ohne Vermittelung und Uebergang nach einander am geistigen Auge vorbeigeführt. Dasselbe soll im alcoholischen Delirium stattfinden. L. zerlegt dasselbe in seine drei Stadien: Die Periode,

Digitized by Google

in welcher die Delirien nur Nachts, im Schlafe, auftreten, während die Tage frei sind (Dauer gewöhnlich 6—8 Tage). Die Kranken sprechen im Schlaf laut, haben ängstliche Vorstellungen, man sieht das an dem gestörten Athmen. Erweckt geben sie ängstliche Träume an, Verfolgungsideen u. s. w. Dieses Stadium geht plötzlich, gewöhnlich früh Morgens, in die 2. Periode über, in welcher die Delirien bei Tag und Nacht bestehen. Die von den Deliranten geäusserten Ideen sind absolut dieselben, wie der Inhalt der Träume der ersten Periode: fremde Leute waren da, wollten dem Kranken die Sachen nehmen, haben ihn geschlagen, geschimpft, liessen ihn nicht zur Thüre hinaus, daher musste er durch's Fenster springen; man warf Staub, Arsenik, Koth auf ihn, eine alte Frau sitzt da, ein Mann sagte: „es ist meine Tante", es giebt Rauch im Zimmer, es brennt, der Kranke sieht Blut an seinen Händen, er sieht einen Hund, einen Vogel, andere Thiere, die aber alle stumm sind u. dgl. Dieser Zustand dauert 6—8 Tage. Die 3. Periode ist ein verwirrter schlafsüchtiger Zustand, der gewöhnlich in Genesung übergeht.

Wie beim Traum die Erlebnisse ohne logischen Zusammenhang, ohne Ueberlegung, Erstaunen und ohne Kritik ablaufen, so geschieht es auch beim Delirium, auch kann man einen alkoholischen Deliranten durch dieselben Mittel momentan zur Besinnung bringen, wie einen Träumenden und einen Betrunkenen. L. ist daher geneigt, den ganzen Zustand für einen ‚sommeil pathologique' zu erklären.

Dieses geht unseres Erachtens denn doch zu weit. Dass beim Delirium alcoholicum die Verification von Träumen eine grosse Rolle spielt, wird Niemand bezweifeln. Ist doch nach unserer Anschauung ein grosser Theil der gewöhnlich als Hallucinationen beschriebenen Angaben der Geisteskranken, besonders der stark Verwirrten und der geistig Geschwächten, nichts anderes als verificirte Träumerei. Daneben kommen aber bei alcoholischen Delirium sicher ächte Hallucinationen des Gesichts und des Gehörs vor, ebenso wie maniacalische Ideenflucht und ängstliche Depression. Auch einen schwätzenden Maniacus kann man durch energische psychische Einwirkung momentan zu sachgemässen Antworten bringen. Siemens.

---

15) Observations de narcolepsie dans la demence et l'épilepsie von Rousseau. (L'Encephale, 1881, No. 4, p. 709.)

Narcolepsie ist plötzliche unwiderstehliche Schlafsucht. Sie kommt nach Dr. Gelineau vor in Folge von freudiger und trauriger Gemüthsbewegung, nach Verdauungsstörungen und Excessen in venere, sodann bei verschiedenen Neurosen: Hysterie, Epilepsie und Chorea. Sie wurde früher häufiger beobachtet als jetzt, so besonders bei der religiösen und exstatischen Verrücktheit. R. führt seine eigenen Beobachtungen in Gestalt zweier Krankengeschichten an; die eine betrifft einen blödsinnigen Alten von 74 Jahren, die andere einen Epileptiker. Die Anfälle sind nicht klar geschildert und es fehlt besonders jede Angabe über das Verhalten der Pupillen, ohne welche ein Urtheil über die Natur der Anfälle unmöglich ist. Siemens.

---

16) Un cas de dédoublement de la personalité von Camuset (Bonneval). (Annales médico-psychologique, 1882. p. 75.)

Ein 17jähriger junger Mensch, der wegen Landstreicherei und Diebstahl in St. Urbain untergebracht war, wurde im Mai 1879 bei der Weinbergsarbeit durch Schreck über eine Schlange, die er ahnungslos mit voller Hand anfasste, epileptisch und acquirirte eine Paralyse der untern Extremitäten, mit welcher Incontinenz verbunden war. Er wurde nach dem Asyl Bonneval versetzt, wo man ihn mit einer ihm bisher ganz ungewohnten Arbeit, Schneidern, beschäftigte. Die Erinnerung war vollkommen intact; der Charakter gutmüthig. — Genau ein Jahr nach Beginn der Epi-

Digitized by Google

lepsie, im Mai 1880, kamen erneute heftige Anfälle, aus denen der Kranke nach zwei Tagen in total verändertem Zustande und mit absoluter Amnesie für die ganze Zeit von Mai 1879 bis Mai 1880 erwachte. Er glaubte in St. Urbain zu sein, wusste nicht, dass er ein Jahr in Bonneval war, nicht dass er geschneidert hatte und stellte sich, als man ihn in die Schneiderwerkstatt brachte, völlig ungeschickt dar. Dabei hatte sich der Charakter des Jungen total geändert, er war frech, stahl, entwich. Simulation war bestimmt auszuschliessen. Weiteres über den interessanten Patienten konnte nicht mitgetheilt werden, da er entlassen werden musste.

Es werden zum Schluss noch die wenigen bekannten Fälle von derart totalem Verlust der Erinnerung erwähnt.

NB. Zur Unterscheidung dieser beiden Phasen nennen die Franzosen den originären habituellen Zustand den „état prime". Der „état seconde" ist charakterisirt durch das Bewusstsein dieses Zustands (des secundären) plus état prime. Dagegen ist der état prime ausgezeichnet durch den absoluten Bewusstseinsmangel über den état seconde.

Im angeführten Fall bestand also état prime von Geburt bis zum Mai 1879; da trat état seconde ein, um vom Mai 1880 an wieder dem état prime zu weichen, bei vollständigem Erinnerungsausfall der Zwischenfrist. Jehn.

---

17) **Ueber Platzangst und verwandte Zustände** von L. Löwenfeld in München. (Separatabdr. aus dem bayr. ärztl. Intelligenzblatte. 1882.)

Unter Zugrundelegung von 6 Fällen, von denen die beiden letzten nicht ganz zugehörig erscheinen, betont Verf. die neurasthenische Grundlage der pathologischen Angstzustände, besonders auch der Platzangst oder Agoraphobie, und will die letztere mit Recht von der Hypochondrie abgeschieden wissen. Er hebt hervor, dass bei den Anfällen von Platzangst nicht die gerade auftretende Vorstellung der Unfähigkeit etc. das erste sei und die Angst bedinge, sondern dass Angst und Vorstellung zu gleicher Zeit und plötzlich auftreten. Im Weiteren widerlegt Löwenfeld die Theorie von Cordes, Benedict und Jolly und will die Vorgänge bei dem Angstanfalle aus einer Affection der Vagus- und Gefässnervencentren in der Medulla oblongata erklären; dieselbe werde durch verschiedenartige Reize hervorgebracht, welche von der Peripherie oder von den Vorstellungscentren oder von beiden ausgehen. Durch eine derartige Beeinflussung des Vaguscentrum werde das Angstgefühl hervorgerufen — übrigens eine schon alte Anschauung; von der Einwirkung auf das vasomotorische Centrum und der dadurch vermittelten Circulationsstörung im Gehirne hänge vorwiegend die Störung im Vorstellungsverlaufe ab — damit ist aber eigentlich auch nichts gesagt. Gnauck.

---

18) **Tumeur du cerveau avec aliénation mentale.** Asile St. Anne. Service de Dagonet. (Annales médico-psychologiques. Jan. 1882. Bd. VII. S. 70.)

Bei einem Manne von 23 Jahren entwickelte sich in Folge eines vor 6 Jahren erlittenen Sturzes auf den Kopf ein Krankheitsbild, welches unter Kopfschmerzen, Schwindel und rechtsseitiger Hemiplegie begann und schliesslich Blindheit und Taubheit herbeiführte. Es bestand dabei eine weiche Geschwulst am Hinterkopf. In der letzten Periode der Krankheit wurde Ausfluss seröser, später eitriger Massen aus der Nase beobachtet.

Die Autopsie ergab: Eiteransammlung, entsprechend der erwähnten flottirenden Geschwulst am Hinterkopf, zwischen der Kopfschwarte und dem Cranium; das Schädeldach war unter dem Abscess injicirt. An der Dura mater haftete dieser Stelle entsprechend ein nussgrosser Knochenauswuchs Unter der Dura mater befand sich ein Sarcom von doppelter Faustgrösse, welches sich ohne jede Verbindung mit der Hirn-

Digitized by Google

substanz, in die Regio parieto-occipitalis beider Hemisphären gleichmässig eingebettet hatte. Die Hirnsubstanz war dadurch stark atrophirt und comprimirt. Gewicht des Tumor: 350 Grm.; Atrophia nervorum opticorum. Angesichts der mangelnden organischen Verbindung zwischen dem Tumor und der Hirnsubstanz wird auf die seltenere Complication der Compressionserscheinungen des Tumor und der Psychose aufmerksam gemacht, welche letztere sich nicht allein durch Demenz, sondern durch intercurrente maniakalische Anfälle geäussert hatte. Jehn.

---

19) **Note sur la mégalomanie ou lypémanie partielle** von Achille Foville. (Annales médico-psycholog. Jan. 1882. Bd. VII, S. 30.)

Verf. setzt die „Megalomanie", als Krankheitsform sui generis, in ausgesprochenen Gegensatz zu dem Grössenwahndelirium der allgemeinen Paralyse. Er betont die constante Verquickung der Grössenideen jener Krankheitsform mit Elementen der Melancholie. Die näher beschriebene und durch Krankheitsgeschichten illustrirte „Megalomanie" Foville's entspricht dem aus Melancholie hervorgegangenen und unter dem Einfluss von Hallucinationen und Verfolgungsideen aufgetretenen „secundären Wahnsinn", der als solcher in Deutschland längst vom sonstigen „Grössenwahnsinn" getrennt ist. Illegitime Geburt soll die Genese dieser Form begünstigen, deren Aeusserung in dem Glauben der Kranken, Prinzen, Könige, untergeschobene Kinder etc. zu sein, bestand.

Irgend etwas Neues zur Sache bringt die Arbeit nicht. Jehn.

Therapie.

20) **Zur Casuistik der Nervendehnung** von B. Auerbach. (Deutsche med. Wochenschrift 1882, No. 3, p. 37.)

Eine 40jährige hereditär nicht belastete Frau erkrankte 8—10 Tage nach einem gewaltigen Schrecken im April 1880 an Zittern im rechten Arm, welches allmählich an Heftigkeit zunahm und mit dumpfen Schmerzen, vom Ellenbogen zur Schulter ziehend, und motorischer Schwäche verbunden war. Die Zitterbewegungen (ca. 120 Oscillationen in der Minute) waren die für Paralysis agitans charakteristischen vom Verfasser als Quirlbewegungen bezeichneten und liessen bei intendirten Bewegungen nach. Nachdem andere Kurversuche erfolglos gewesen waren, wurde Anfang September v. J. die Nervendehnung am Medianus und Ulnaris in der Achsel ausgeführt. Das Zittern hörte in der Narcose auf und kehrte nachher nicht wieder, trat späterhin zwar wieder besonders bei Gemüthsbewegungen in geringem Maasse wieder auf, ist aber Anfang Januar dieses Jahres seit mehreren Wochen ganz verschwunden. 5 Tage nach der Nervendehnung wurde über heftige reissende Schmerzen am Oberarm und der Hand geklagt, welche sieben Tage anhielten und als neuritische gedeutet werden.

Verf. empfiehlt mit einiger Reserve in Betreff der Sicherheit der Diagnose bei der Paralysis agitans den Versuch der Nervendehnung. E. Remak.

---

21) **Another Case of acute traumatic Tetanus, treated successfully by Chloral and Bromide of Potassium** by Salter. (The Practitioner. February 1882, p. 99.)

Ein 51 Jahr alter Arbeiter erkrankte 7 Wochen nach einer Verletzung des kleinen Fingers an Tetanus. Er bekam vom 22. April bis 12. Mai per diem c. 15 grm. Kal. brom. und c. 11 grm. Chloral, in Dosen von 0,6—0,9 zuweilen halbstündlich, gewöhnlich zweistündlich. Die Gesammtmenge in diesen 20 Tagen war ungefähr 240 grm. Chloral und 320 grm. Kal. brom. Er wurde vollständig hergestellt.

M.

Digitized by Google

Forensische Psychiatrie.

22) L'Assassin Lefroy par B. Ball. (L'Encéphale, I. 4. p. 612.)

Verf. legt mit vollstem Recht Einspruch gegen ein Verfahren ein, wie es in England in diesem Fall geübt worden. Der Fall Lefroy ist aus der Tagespresse bekannt. L. hatte während der Eisenbahnfahrt einen Mitreisenden getödtet, aus dem Waggon geworfen, und dann beim Aussteigen angegeben, er wäre angegriffen und verletzt worden. Er wurde zum Tode verurtheilt und hingerichtet. Trotz des Verlangens der Freunde und der Vertheidiger verweigerte der Minister des Innern William Harcourt die Untersuchung auf den Gemüthszustand des L.

L. war erstens hereditär belastet, sein Vater starb an „Hirnerweichung", seine Mutter hatte Puerperalmanie gehabt, der Grossvater und Onkel waren geisteskrank gewesen. L. selbst hatte nach einer Insolation, die er einige Jahre vorher gehabt, an schwereren und längeren Anfällen von Melancholie gelitten, und endlich zeigte sein Verhalten während der Haft und der Verhandlung etwas so Indifferentes, dass man annehmen konnte, es handle sich um irgend einen Anderen. Er hatte gestanden, dann wollte er noch einen Mord begangen haben, nahm dies wieder zurück, und sagte, er hätte unter der Herrschaft einer Hallucination gesprochen. L. selbst wies übrigens die Zumuthung, Geisteskrankheit als Vertheidigungsmittel zu gebrauchen, energisch zurück. Auch die Autopsie des Gerichteten wurde verweigert.

Ohne über die vorhandene oder nicht vorhandene psychische Störung nach dem immerhin dürftigen Material entscheiden zu wollen, so kann doch die Verweigerung jener Untersuchung bei den vorhandenen Momenten nicht hart genug verurtheilt werden. B. sagt, dass in Frankreich ein solches Verfahren unmöglich wäre, und wir können hinzufügen: auch in Deutschland. M.

---

23) Rapport médico-légal; „Diffamation" von Vermeulen u. Ingels. (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique, Nr. 23.)

Ein Dr. jur., Sohn blutsverwandter Eltern, von Jugend auf schwerhörig, der sich in den letzten Jahren mehr und mehr von Menschen zurückzog, argwöhnisch wurde, glaubte, dass ein ihm bekannter, angesehener Mann, ihm aus dem Weg gegangen sei, ihn nicht wieder gegrüsst habe. In einer Gesellschaft beim Kartenspiel sitzend, hörte er schliesslich, wie jener, hinter seinem Rücken über ihn sprechend, ihn einen „enculeur" nannte. Er liess am anderen Tag Karten mit dem Namen jenes Herrn und demselben Wort als Zusatz drucken, versandte sie nach allen Seiten, wurde mit Gefängniss bestraft. Bald darauf behauptet er, Leute haben ihn bedroht, sie würden ihn anspucken; er glaubt, dass ein Advokat, der neben ihm steht und zufällig ausspuckt, ihn damit meine und schreibt an das Ministerium im Namen dieses Advokaten ein Gesuch um Entlassung, das genehmigt wird! Schliesslich schickt er noch einmal mit grösster Schlauheit verläumdende Karten gegen die erste Persönlichkeit aus, wird aber schliesslich doch entdeckt; man hegt Zweifel an seinem Verstande; das Endgutachten der Aerzte lautet, dass C. „sich in einem Geisteszustand befindet, der neben der Geisteskrankheit sehr nahe hergeht". (Cotoyant l'aliénation mentale de fort près.)!!

Sioli.

Anstaltswesen.

24) Lunacy in England (Englands Irrenwesen). Address at the Opening of Section VIII (Mental Diseases) of the International Medical-Congress. By C. Lockhart Robertson. (Journ. of Ment. Sc. Jan. 1882.)

Die Zahl der Irren in England (im engeren Sinne, einschliesslich Wales) beträgt ungefähr 71,000, d. i. ein Verhältniss von 27,9 auf 10,000 oder 1 auf 350 der Gesammtbevölkerung. 63,500 (90 %) derselben sind arme, 7,600 (10 %) private Kranke.

Digitized by Google

Die Zahlen gewähren den Anschein, als ob sich die Summe der Geisteskranken in den letzten 30 Jahren mehr als verdoppelt habe.

I.	1860			1870			1880		
	Priv.	Arme	Tot.	Priv.	Arme	Tot.	Priv.	Arme	Tot.
In öffentlichen Anstalten	2,000	17,442	19,442	2,780	28,229	31,009	3,754	39,986	43,730
In Privatanstalten . .	2,948	1,352	4,300	3,144	1,760	4,904	3,398	1,141	4,549
In Arbeitshäusern . .	—	8,219	8,219	—	11,358	11,358	—	16,464	16,464
In Familienpflege . .	117	5,980	6,097	356	7,086	7,442	468	5,980	6,448
Total	5,065	32,993	38,058	6,280	48,433	54,713	7,620	63,571	71,191
Auf 10,000 der Gesammtbevölkerung	2·54	16·58	19·12	2·79	21·52	24·31	2·99	24·95	27·94

Die Verhältnissziffer der Armen ist also gestiegen von 19·1 auf 27·9: um 8·8, die der Privaten von 2·5 auf 2·9: um 0·4.

Einen interessanten Vergleich der verschiedenen Unterbringung der Irren in England und Schottland (1. Jan. 1880) bietet die folgende Tabelle:

II.	In England u. Wales			In Schottland		
	Priv.	Arme	Tot.	Priv.	Arme	Tot.
In öffentlichen Anstalten	5·0	56·5	61·5	14·6	61·0	75·6
In Privatanstalten . .	5·0	1·5	6·5	1·6	—	1·6
In Arbeitshäusern . .	—	23·0	23·0	—	7·0	7·0
In Familienpflege . .	0·5	8·5	9·0	1·1	14·7	15·8
Total	—	—	100	—	—	100

Folglich gehören in England 61·5 %, in Schottland 75·6 % der Irren den öffentlichen Anstalten an. Dagegen hat England 6·5 % und Schottland nur 1·6 % der Patienten in Privatanstalten. In England sind nur 9 %, in Schottland 15·8 % in Familienpflege. Die englischen Arbeitshäuser beherbergen 23 %, die schottischen nur 7 % der Geisteskranken. — Nicht minder merkwürdige Unterschiede bringt die nächste Tabelle zum Vorschein:

III.	In England und Wales		In Schottland	
	Priv.	Arme	Priv.	Arme
In öffentlichen Anstalten	49·0	63·0	84·0	73.7
In Privatanstalten . .	43·0	1·6	9·5	—
In Arbeitshäusern . .	—	26·0	—	8·5
In Familienpflege . .	8·0	9·4	6·5	17·8
Total	100	100	100	100

Digitized by Google

Während in England 43 % der Privatkranken in Privatanstalten behandelt werden, theilt Schottland denselben nur 9·5 % zu. Entsprechend sind 49 % der englischen und 84 % der schottischen Privatkranken in öffentlichen Anstalten.

Die öffentlichen Anstalten Englands zerfallen in a) die „County and Borough (Provinzial- und Stadtbezirk-) Asylums", 60 an der Zahl, mit 40,000 Betten, (wechselnd von 250 bis 2000); die jährlichen Kosten für jeden Armen Rm. 800, und b) die Lunatic Hospitals (Middle-class Public Asylums), deren es 15 giebt, mit 3000 Betten. Kosten pro Jahr Rm. 1820 durchschnittlich. Das ehrwürdigste derselben ist das berühmte Bethlem Royal Hospital, gegründet 1400; ihm folgte St. Luke's Hospital 1751.

Der Hauptunterschied von continentalen Einrichtungen, den Robertson sehr bedauert, ist der, dass die englischen County Asylums keine Privatkranken (ausgenommen mit bestimmten Einschränkungen, wenige, die an der Grenze der Armuth stehen und wie Arme verpflegt werden) aufnehmen können. Von den 49 % der in öffentlichen Anstalten untergebrachten Privatkranken kommen 36 % auf die Lunatic Hospitals. Es besteht in England eine Opposition gegen die Existenz der Privatanstalten, welcher sich auch Robertson entschieden zuneigt. Der Geisteskranke solle nur Gegenstand der öffentlichen Fürsorge sein, aber nicht als Erwerbsquelle dienen. Doch glaubt R., der richtige Zeitpunkt für die gesetzliche Regelung, die sich 1845 nur auf die Armen bezog, sei verpasst, weil man jetzt einem fertigen System gegenüberstehe. Privatanstalten, welche das Publikum vielfach wünsche, sollten fortdauern, aber im vollen Schutz der Gewerbefreiheit, damit möglichst viele kleine Anstalten für 4 oder 6 Patienten, denen man jetzt endlose Hindernisse entgegensetze, ins Leben gerufen, und die Uebelstände der grösseren Privatanstalten verringert würden. Wie das Publikum sich an gute öffentliche Anstalten gewöhnen könne, zeige Schottland, woselbst nur 9·5 % der sämmtlichen Privatkranken in Privatanstalten behandelt werden.

Die Privatanstalten theilen sich in 35 „Metropolitan" und 61 „Provincial Licensed Houses". Erstere enthalten 1850 oder 54 %, letztere 1550 oder 46 % der 3400 Privaten (43 % der sämmtlichen Privatkranken s. Tab. III.)

Die öffentlichen Anstalten werden von den „Commissioners in Lunacy" jährlich einmal, die Metrop. Privat-Anstalten sechsmal, die Provinzial Privat-Anstalt zweimal besucht.

Auch betreffs der familialen Verpflegung hält R. Reformen für sehr nothwendig und wendet sich hier gleichfalls gegen die Privatanstalten, die derselben ohne Zweifel einen grossen Theil a) der bemittelten Kranken entzogen. Er beweist dies durch eine Gegenüberstellung der in Anstalten befindlichen Privatkranken und der sogen. „Chancery Lunatics" (Personen, welche von ihren Angehörigen als geisteskrank erklärt und dem Schutze des „Court of Chancery", des Kanzlei-Gerichtshofes, übergeben worden sind. Ref.).

Von den Chancery-Lunatics sind 65·4 % in Anstalten und 34·6 % in Familienpflege, von den gewöhnlichen Privatkranken aber 94·1 % in Anstalten und nur 5·9 % in Familienpflege, es werden also, folgert R., circa 30 % der Privatkranken mit Unrecht detinirt.

Die familiale Verpflegung b) der armen Kranken (6000 = 8·5 %) steht gegen Schottland (14·7 %) ungünstig zurück. Sie befinden sich unter der Obhut eines resp. „Board of Guardians", dessen ärztliche Beamte sie vierteljährlich besuchen und über sie an die Autoritäten berichten. Von ihrer Verpflegung wisse man meist sehr wenig.

Auch betreffs der 17,000 (26 %) in Arbeitshäusern untergebrachten Kranken besteht bloss der Schatten einer Beaufsichtigung durch die „Commissioners in Lunacy".

So sei das Englische Irrengesetz, resumirt R., vieler wichtigen Reformen bedürftig.

von den Steinen.

Digitized by Google

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Académie de Médecine zu Paris (Sitzung vom 31. Jan. 1882.) (Gaz. méd. No. 5.)

Eine Frau von 32 Jahren bot seit 2 Monaten folgende Erscheinungen dar: Ueberliess man den Kopf sich selbst, so neigte er sich auf die rechte Schulter, während das Kinn nach links abwich, in der Stellung der Torticollis. Bei dieser Bewegung trat ein heftiger Schmerz in den oberen Halswirbelgelenken auf. Electrische Behandlung, Metallotherapie, Jod- und Bromkalium waren ohne Erfolg. Tillaux machte die Durchschneidung der sternalen Portion des Sterno-cleido-mastoideus — ebenfalls ohne Erfolg. Sodann resecirte er den Ram. extern. des N. accessor. spinalis, den er an dem hintern Rande des Sterno-mastoideus freilegte, und entfernte ungefähr 3 Centimeter desselben. Die Wunde heilte schnell, die Kranke kann jetzt dem Zuge des Kopfes Widerstand leisten und sitzen, während sie früher immer zu Bett liegen musste. T. hofft, dass die Heilung vollständig eintreten wird. Eine Veränderung in der Stimme trat nicht ein. M.

Aus der Société médico-psychologique. (Sitzung vom 25. Juli 1881.) (Annal. méd.-psych. 1882 Janvier p. 126.)

Christian: **Du délire fébrile chez les aliénés.** Ein alter Insasse von Charenton litt an Verfolgungswahn mit der Idee magnetisirt zu werden und allerhand erotischen Vorstellungen. Unter dem Einfluss vielfacher Attaquen eines Magenkatarrhs exacerbirte regelmässig das Wahndelirium. Da überkam den Pat. ein Erysipel des Kopfes und unter dem Einfluss des lebhaften Fiebers trat jetzt ein ganz ordinäres Fieberdelirium an Stelle des jahrelang habituellen Wahndeliriums.

Die Section ergab ausser mässiger Leptomeningitis und Atrophie der Hirnrinde nichts Besonderes; es fand sich dazu aber Cryptorchismus und Degeneration mit Atrophie und Cystenbildung der Testikel.

Christian ist geneigt zwischen dieser krankhaften Entartung der Genitalorgane und dem Wahn des Kranken von Magnetismus und der Erotie einen causalen Zusammenhang zu statuiren.

Die interessante Besprechung des Krankheitsfalls in der Gesellschaft bestätigte im Ganzen die Meinung Christian's über jenen Causalnexus und verbreitete sich überhaupt über den Einfluss intercurrenter somatischer Erkrankungen auf den Verlauf der Psychosen.

Voisin sprach die Meinung aus, dass ein febriles Delirium mehr auf hyperämischer, das Wahndelirium mehr auf spasmodischer Unterlage beruhe (was leichter gesagt als zu beweisen ist. Ref.).

Im Uebrigen wurde die revulsive Wirkung acuter körperlicher Leiden im Verlauf von Psychosen betont und die Notiz beigebracht, dass eine Reihe Epileptiker, welche bis 30 Anfälle pro Monat bekommen, im Verlaufe acuter körperlicher Leiden sich constant als anfallslos erwiesen.

Eine Aufklärung über Grund und Mechanismus der vorgetragenen Substituirung eines Delirium durch ein Anderes brachte weder der Vortragende noch die Besprechung herbei.

Bourdin. (ibidem p. 142.)

Antonomasie[1] **et Aphasie.** Eine „Antonomase" nennt man rhetorisch die Form, unter welcher man eine Person oder Sache dadurch kennzeichnet, dass man den Eigennamen oder Sachnamen durch eine Umschreibung oder Eigenschaft bemerklich macht.

[1] Richtiger müsste es Anthonomasie geschrieben werden.

Digitized by Google

Es ist eine Antonomase, für die „Comédie Française" das „maison de Molière" zu sagen. Auf diese rhetorische Usance gründet Bourdin eine Unterscheidungsform der Aphasie in der Weise, dass ein an dieser Form Leidender die Worte, welche er vorbringen soll, mit den (intacten) Ideen, die er hat, nicht in Einklang bringen könne.

Während der Aphasische eine Idee hat, für dieselbe aber kein Wort findet, drückt der Antonomasische seine Idee durch die Periphrase aus.

Die Versammlung verhielt sich dieser Ausführung Bourdin's gegenüber ablehnend. Jehn.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung den 28. Januar und 4. Februar 1882.)

A. W. Vignal hat den Nervenstrang des Regenwurms an Querschnitten mikroskopisch untersucht. Entgegen Leydig, Clarke und Claparède sollen in den einzelnen Ganglien die Nervenzellen nicht eine fortlaufende, ventral und seitlich liegende Reihe bilden, sondern zwei Hauptgruppen, eine vordere und eine hintere. Von den meist unipolaren Zellen geht ein Ausläufer nach dem die Ganglien durchziehenden Nervenfaserstrange hin, und von letzterem nehmen einerseits die Wurzeln der austretenden Nerven (drei jederseits), andererseits feine Fasern ihren Ursprung, welche mit den drei Riesen-Nervenfasern, die fast den ganzen Strang des Thieres durchziehen, Verbindungen herstellen.

Der Verf. hebt selbst sehr richtig den Mangel resp. die Unmöglichkeit von Zerzupfungs- und Isolirungspräparaten hervor.

J. Dejerine fand bei zwei Fällen von Decubitus bei Nervenkranken (Hemiplegie und multiple Sclerose) die Hautnerven in der Umgebung der Druckstelle — leider wurden die Präparate nur bis 8 Centimeter weit vom Brandschorf ab entnommen — hochgradig degenerirt, grösstentheils nur noch leere Schläuche darstellend. Er schliesst daraus auf den nervösen Charakter des Decubitus.

M. Couty hat in Rio-Janeiro am Gehirn von Papageien experimentirt und gefunden, dass nach Verletzung der vorderen Partie („région antérieure de l'hémisph.") in fast vollständiger Weise eine Lähmung der entgegengesetzten Pfote und Verlust der Reflexerregbarkeit eintritt, sowie starke Herabsetzung der Sensibilität. — Ferner will er dabei fast vollständige Blindheit des entgegengesetzten Auges beobachtet haben. — Auf elektrische Reizung zeigte sich, ausgesprochener als bei Hunden und selbst Affen, eine lebhafte motorische Rindenerregbarkeit: zwar gelang es niemals, Bewegungen der Flügel und des Schwanzes auszulösen, wohl aber fast constant solche der Pfoten.

Genauere Lokalisation fehlt. Verf. stellt weitere Experimente in Aussicht.

M. D. Danillo (aus Petersburg) fasst das Resultat seiner Versuche „über den Einfluss des Alkohol und Absinth in toxischen Dosen auf die Functionen der Gehirnrinde" in dem Satze zusammen: Im Alkohol-Coma ist die Erregbarkeit der motorischen Zone sehr erheblich herabgesetzt. — Man kann bei einem Hunde, der bis zum Verlust der Schmerzempfindung berauscht ist, keinen epileptischen Anfall mehr durch elektrische Reizung der Rinde hervorrufen; ferner kann man einen solchen bei nüchternem Hunde erzeugten Anfall durch Alkoholinjection in 15—20 Sekunden unterbrechen. Durch eine solche Alkoholinjection brachte D. auch einen durch Absinth-Vergiftung erzeugten epileptischen Anfall und die Absinth-Hallucinationen zum Aufhören. Den Sitz dieser Hallucinationen verlegt D. ausschliesslich in die eigentliche Rindenregion. Ausführliches wird eine grössere Arbeit des Verf. bringen.

Hadlich.

Digitized by Google

IV. Personalien.

Assistenzarztstellen sind vacant:

1. Irrenanstalt Uckermünde. (Geh. 1200 M. bei freier Stat. 1. Cl.)
2. Irrenanstalt Sachsenberg b. Schwerin i. Meckl. (Geh. 1500 M. b. fr. Stat.)
3. Irrenanstalt Allenberg (Geh. 600 Mk. b. fr. St.) Volontärstelle.

V. Vermischtes.

In welch' anerkennenswerther und in Deutschland nachahmungswerther Weise in Italien neurologische Studien gefördert werden, zeigen vier Preisaufgaben, die das jüngst erschienene Archivio italiano per le malattie nervose, Milano, mittheilt:

Preis Tomasoni vom Kgl. Institut zu Venedig: Für die beste Geschichte der experimentellen Methode in Italien (Termin 31. Juli 1884, Preis 5000 L.).

Preis Fossati vom Kgl. Lombardischen Institute: Durch neue Untersuchungen die Aetiologie des Cretinismus und der Idiotie zu begründen (Termin 31. Mai 1882, Preis 2000 L.).

Ferner: für eine Arbeit über die makro- und mikroskopische Anatomie des menschlichen Hirns (Termin 31. Mai 1883, Preis 2000 L.).

Endlich: durch neue Thatsachen aus der pathologischen Anatomie und aus der experimentellen Physiologie die Lehre der sensorischen corticalen Centren zu erläutern (Termin 31. Mai 1884, Preis 2000 L.).

Im „Brain" Januar 1882, weist Dr. Bucknill nach, dass Swift seit seinem 20. Jahre an Menière'schem Schwindel gelitten habe. Eine eigentliche Geisteskrankheit hatte er in seinen früheren Jahren nicht; nur traten bei ihm zuletzt im Anschluss an eine rechtsseitige Hemiplegie mit Aphasie Zeichen seniler Demenz auf.

Mit Dank empfangen: 1. Contribuzione allo studio sperimentale dell ipnotismo di Tamburini e Seppilli. 2. Ricerche sul Sangue dei Pazzi Pellagrosi dall dottore G. Seppilli. 3. Sopra un caso di Atrofia del cerveletto dal Dottore Giuseppe Seppilli. 4. British med. Journal, 1100—1103. 5. Gazette médicale 4—8. 6. Ueber die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates von Dr. Möbius. 7. Progrès médical Nr. 4—8. 8. Zur Pathogenese der acuten Spinallähmung. Sep.-Abdr. von Dr. Litten. 9. Correspondenzblatt für Schweizer Aerzte 1—4. 10. Centralbl. für Nervenheilk. und Psychiatrie 1—4. 11. Zeitschr. für Diagnostik und Therapie Nr. 2. 12. D. Medicinal-Zeitung 3—7. 13. Beiträge zur pathol. Anatomie der mit cerebralen Symptomen verlaufenden Tabes dorsalis von Doc. Dr. Otto Kahler. 14. Beitrag zur Pathol. und Therap. der Wuthkrankheit von Dr. F. Penzoldt. 15. Bulletin de la Société de Médecine mentale de Belgique, Janv. 16. Epilepsy and other chronic convulsive Diseases by W. R. Gowers, London 1881. 17. The Diagnosis of Diseases of the spinal cord by W. R. Gowers, London 1881. 18. The Practitioner, January und February. 19. Brain, January. 20. Contribution à la Géographie médicale par Eklund. Stockholm 1881. 21. Handbuch der menschlichen Anatomie von Krause, Nachtrag. 22. Lehrbuch der Krankheiten des peripheren Nerven und des Sympathicus von Dr. Seeligmüller. Braunschweig 1882. 23. Aus der städtischen Frauen-Siechen-Anstalt von Dr. Lothar Meyer. 24. Ueber Agoraphobie und Nyctophobie von Dr. Oscar Eyselein. 25. Ueber eine eigenthümliche Art von Schreibkrämpfen von demselben. 26. L'Encéphale 1—4. 27. The London med. Record, 15. Febr. 28. Archivio italiano per le malattie nervose, Milano. 29. La Salute. Italia medica, Genova. 30. Revue de la Suisse romande Nr. 2. 31. Respiratorischer und phonischer Stimmritzenkrampf von Dr. Hack. 32. The Independent Practitioner, February 1882, New-York. 33. Muskelatrophie. Myelitis. Myelomalacie. Pathol. Anatomie des Rückenmarkes von Dr. Pick.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. März. No. 6.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ueber die anatomische Grundlage des Tetanus von Prof. **Friedr. Schultze.**

II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. On the position of the motor centres in the brain von **T. Lauden Brunton.** 2. Pathologische Veränderungen der Haut von Dr. **A. Irsai.** — Pathologische Anatomie. 3. Des effets de l'hémorrhagie du lobe paracentral von Dr. **Rousseau.** 4. De la contusion de l'encéphale von **Duplay.** 5. Fracture du crâne et atrophie sénile symétrique des pariétaux von **Ch. Féré.** 6. Sopra un caso d'emiplegia diretta von **Efra Sciamanna.** — Pathologie des Nervensystems. 7. Tabes dorsal spasmodique von Dr. **Brunelli.** 8. Tabes dorsalis von Dr. **Thomas.** 9. On perforating ulcer of the foot as connected with progressive locomotor ataxy von Prof. **Benjamin Ball** u. **M. G. Thibierge.** 10. Bedeutung der Syphilis für die Tabes dorsalis von Prof. **Erb.** 11. Ueber corticale Epilepsie von Dr. **C. Laufenauer.** 12. Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive von **J. L. Prevost.** 13. La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire von **Ch. Féré.** 14. Zona et atrophie musculaire du membre supérieur von **Alix Joffroy.** 15. Zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale von **Maurice Letulle.** 16. Chute de l'ongle des gros orteils von **Alix Joffroy.** 17. La chute spontanée des ongles von **Pitres.** 18. Monoplégie gauche, puis hémiplégie du même côte survenue dans le cours de la tuberculisation pulmonaire, — Plaque de méningite tuberculeuse etc. von **Barié u. du Castèl.** 19. Anatomie des Rückenmarks nach Darmerkrankungen von **A. Pick.** 20. Contribution à l'étude de l'aphasie von **Raymond u. Dreyfous.** 21. Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques von **J. M. Charcot.** 22. Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates von **T. J. Möbius.** 23. De la paralysie diphthéritique von **Archambault.** 24. The pre-ataxic Stage of Locomotor Ataxia von **Dowse.** 25. Spontaneous lateral Sclerosis of the Spinal Cord von **Jos. Coats.** 26. Contracture du bras gauche par contusion cérébrale von **D. Barbe.** — Psychiatrie. 27. Contribuzioni allo studio sperimentale dell'ipnotismo von **Tamburini** u. **Seppilli.** 28. Der Cretinismus in Mittelfranken von Dr. **Rüdel.** 29. Agoraphobie, Nyctophobie und Schreikrämpfe von Dr. **O. Eyselein.** 30. La Psychopathie religieuse d'Alia. 31. Les „Sauteurs" du Maine von **Beard.** 32. Diagnostic différentiel de la folie von **Regis.** 33. Ueber Kropf, Cretinismus und Idiotismus von Dr. **Hermann.** 34. A Case of Paralysis agitans von **Ringrose Atkins.** — Therapie. 35. Service électro-thérapeutique de la Salpétrière von **R. Vigouroux.** — Anstaltswesen. 36. Remarques sur l'encombrement des asiles d'aliénés de Belgique von Dr. **Lentz.** 37. The „Open-Door"-System by **Fred. Needham.** 38. Ueber Irre und Irrenwesen von Dr. **C. Pelman.**

III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Bibliographie.** — V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Ueber die anatomische Grundlage des Tetanus.

Von Prof. **Friedr. Schultze** in Heidelberg.

Immer von Neuem wiederholen sich die Versuche, den Tetanus auf grobe anatomische Veränderungen in der Substanz des Rückenmarkes zurückzuführen, und diejenigen Gründe, welche dagegen sprechen, werden nicht einmal der Widerlegung für werth erachtet.

Digitized by Google

So hat AUFRECHT (Deutsche med. Wochenschrift. 1878) in einem Falle von Tetanus eine Atrophie der Ganglienzellen in Brust- und Halstheil gefunden, die mit einer Anhäufung von dunklen Körnchen und pigmentähnlichen Körnern in der grauen Substanz verbunden war. Nach ihm sollen diese dunklen Körner und Pigmentkörnchen aus den Ganglienzellen frei geworden sein und das Gewebe überfluthet haben. Die Ganglienzellen des Halstheiles, welche rostfarben roth gefärbt waren, dennoch aber kein Pigment enthalten haben sollen und weder Kerne noch Ausläufer zeigten, sollen im Zustande „parenchymatöser Entzündung" gewesen sein, und diese Entzündung wird als die Ursache des Tetanus angesehen.

Durch einen unglaublich raschen Zerstörungsprozess hatte also in diesem Falle ein nur zwei Tage dauernder Tetanus den Tod herbeigeführt, ohne dass eine Lähmung in den vollständig zerstörten motorischen Bahnen stattgefunden hätte.

Jeder, welcher in der pathologischen Anatomie des centralen Nervensystems nicht nur dilettirt, weiss aber, dass bei blosser Untersuchung in Glycerin, wie sie AUFRECHT vorgenommen hat, die Ganglienzellen sich oft recht undeutlich präsentiren, dass man oft fast nur die Pigmentmassen sieht und besonders über Fortsätze derselben keine genaue Auskunft erhält. AUFRECHT vermisste demgemäss auch in den CLARKE'schen Säulen und in den Ganglienzellen der Hinterhörner der Lendenanschwellung die Kerne. Sollten dieselben wirklich nicht vorhanden gewesen sein? Man könnte ebensogut glauben, dass das betreffende Rückenmark keine Pia gehabt hätte. Wenn sie aber nur verdeckt waren und bei der einfachen Glycerinmethode nicht sichtbar wurden, warum sollten sie nicht auch im Halstheile nur scheinbar gefehlt haben?

AUFRECHT geht von den Vorderhornganglienzellen des Lendentheils als den normal grossen aus und weiss nicht, dass die Ganglienzellen im Halstheile stets kleiner sind als die im Lendentheile, und diejenigen im Dorsaltheile noch kleiner und viel spärlicher als die im Halstheile.[1]

Er sieht in Folge dessen die Ganglienzellen im Halstheile als atrophische an, mit demselben Rechte offenbar, wie man einen Oberarm als einen atrophischen Oberschenkel auffassen kann.

Doch genug davon. Der Einwand, dass eine akute Degeneration der Vorderhornzellen nach unsern sonstigen Erfahrungen mit akuten Lähmungserscheinungen einsetzt, wie bei der spinalen Kinderlähmung, nicht entfernt mit tetanischen Erscheinungen, mag nur noch nebenher erwähnt werden.

Seit meiner früheren Publikation über pathologische Anatomie des Tetanus (Archiv f. klin. Medicin. 1877) habe ich von Neuem vier Fälle untersucht, und besonders auch die Gegend des motorischen Trigeminuskernes. Die Krankengeschichten bieten nichts Besonderes; es handelte sich stets um traumatischen Tetanus, der nach mehreren Tagen Dauer zum Tode führte.

[1] Vgl. die neuerdings erschienenen Mittheilungen über diesen Gegenstand von LÜDERITZ („Ueber das Rückenmarkssegment" im Arch. f. Anatomie u. Physiol., Anat. Abthl. 1881. S. 423), dieses Centralblatt. 1882. S. 84.

Digitized by Google

In allen diesen Fällen fand sich nichts, was für eine akute Meningitis oder Myelitis charakteristisch wäre, trotzdem mir aus Befunden bei akuter aufsteigender Paralyse und bei Meningitis spinalis das Verhalten derselben auch bei der schwächsten Intensität der betreffenden Erkrankungen aus eigener Anschauung bekannt ist. Alle multipolaren Ganglienzellen auch des Halstheiles und der Trigeminuskerne hatten ihre Fortsätze und ihre Kerne, die sie erst bei ausgiebigen Zerstörungen der grauen Substanz zu verlieren pflegen; freilich wurde dieses Verhalten erst durch die Behandlung mit Karmin recht deutlich.

Am interessantesten war ein Fall, über welchen Becker in der sechsten Wanderversammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte berichtete.[1] Es war bei einem 19jährigen Manne $2^1/_2$ Tage, nachdem er sich mit der Peitsche in das rechte Auge geschlagen hatte, eine Panophthalmitis des betreffenden Auges eingetreten, zu welcher sich am achten Tage nach der Verletzung Tetanus gesellte. Im Verlauf des Tetanus, welcher 14 Tage nach dem erlittenen Trauma zum Tode führte, trat sympathische Entzündung im andern Auge hinzu, die sich mit einer Netzhauttrübung an demselben verband. Bei der anatomischen Untersuchung ergab sich Neuritis ascendens an beiden Augen bis etwa zum Foramen opticum hinaufgehend, Chorioiditis mit secundär aufgetretener Retinitis am sympathisch erkrankten Auge; aber alle intracraniellen Theile des Sehnerven, sowie des Chiasma waren völlig ohne Abnormität.

Ebensowenig vermochte ich selbst bei der Untersuchung des centralen Nervensystems eine Meningitis oder eine Bulbo-(Myelitis) zu finden; neben einzelnen Gefässen in der Medulla obl. war eine etwas grössere Zahl von Rundzellen angehäuft, aber keineswegs mehr, als sie sich bei allerlei akuten Krankheiten, z. B. der croupösen Pneumonie finden. Der obducirende Anatom nahm für den beschriebenen Fall ausserdem wegen des lackfarbenen Blutes und verschiedener Ekchymosen in vielen Organen das Bestehen einer Infectionskrankheit an, sodass auch der genannte Befund noch keineswegs allein auf den Tetanus zu beziehen wäre. Ueberdies fand sich die geringfügige Anhäufung von Zellen in den perivasculären Räumen nur auf vereinzelten Präparaten; in der Höhe des Trigeminuskernes war gar nichts davon zu finden. Nur Hyperämie und kleine Extravasate von rothen Blutkörperchen zeigten sich, wie man sie ja beim Tetanus oft und nicht nur im centralen Nervensystem findet.

Trotzdem also in diesem Falle eine periphere Neuritis entschieden vorhanden war, hatte sich doch keine Propagation derselben auf die Meningen der Medulla oblongata und des Rückenmarkes eingestellt; aber auch wenn sie in anderen Fällen einmal eintreten sollte, würde nur folgern, dass eine Combination von Meningitis mit Tetanus stattgefunden hätte. Man weiss eben positiv, dass Meningitis nicht das Symptomenbild von Tetanus macht und dass alle gut untersuchten Fälle von Tetanus ohne eine anatomisch nachweisbare Meningitis bestanden.

Freilich kommt es auf eine genaue und sorgfältige anatomische Untersuchung an. Wer zum ersten Male bei Gelegenheit eines Falles von Tetanus

[1] S. den Bericht über diese Versammlung im Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrkh. Bd. XII.

Digitized by Google

die Medulla obl. und Med. spinalis untersucht und durchaus etwas finden will, wird in jeder Abweichung, welche irgend eine Ganglienzelle von dem schematischen Bilde etwa in FREY's „Lehrbuch der Mikroskopie" bietet, etwas Pathologisches sehen und womöglich auch beschreiben, und es ist traurig zu sehen, welch' eine Reihe von Untersuchungsfehlern uns nacheinander als die pathologisch-anatomische Grundlage für den Tetanus aufgetischt wurden. Ich fürchte, dass auch die in neuster Zeit von mehreren Seiten herbeigezogenen Anhäufungen von Lymphzellen um die Gefässe, zum Theile wenigstens, auf Irrthümern beruhen.

Bei der Färbung mit Carmin, besonders leicht mit Boraxcarmin, können die extravasirten rothen Blutkörperchen, die sich ja vielfach im Gehirne und Rückenmarke bei Tetanus und Lyssa finden, intensiv rothe Färbung annehmen und ganz gut mit Lymphzellen verwechselt werden, wenn man sich nicht in Zweifelfällen durch Controluntersuchungen schützt.

Bei schwächerer Vergrösserung wenigstens fand ich die Bilder dieser Zustände scheinbar völlig gleich denjenigen wahrer Infiltration bei akut entzündlichen Prozessen. Erst die genauere Untersuchung klärte den Irrthum auf.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **On the position of the motor centres in the brain in regard to the nutritive and social functions** von T. Lauden Brunton. (Brain, January 1882.)

Verf. legt seiner Studie das Schema der motorischen Hirncentren von Ferrier zu Grunde und sucht darzulegen, dass die Anordnung dieser Centren um die Rolando'sche Furche einer ganz bestimmten Thätigkeit der Thiere entspreche, nämlich derjenigen des Nahrungssystems. Es wird nun ausgeführt, wie bei Erregung der Centren in richtiger Reihenfolge zuerst sich die Augen öffnen und die Pupillen erweitern; dann der Kopf sich dreht, wie um nach Nahrung Umschau zu halten; dann Arm und Hand sich ausstrecken, wie zum Ergreifen der Nahrung; dann beide sich beugen, gleichsam um die Nahrung zum Munde zu führen; wie sich darauf der Mund abwechselnd schliesst und öffnet und die Zunge sich wie beim Kauen bewegt, wie sich endlich die unteren Extremitäten noch bewegen, wahrscheinlich um neue Nahrung herbeizuholen — eine recht grobe Vorstellungsweise von Vorgängen im Gehirn.

Gnauck.

2) **Der Einfluss des Nervensystems auf die pathologischen Veränderungen der Haut.** Vorgetragen von Dr. A. Irsai im königl. Verein der Aerzte zu Budapest am 4. Febr. 1882.

Nach einer eingehenden literarischen Uebersicht berichtet Irsai über seine eigenen Versuche, und giebt das Verfahren an, welches er bei der Ausführung seiner Experimente befolgte, — und als Resultat folgende Schlüsse: 1) Einseitige traumatische Rückenmarks-Verletzungen, oder Injicirung Entzündung erregender Substanzen ins Rückenmark, haben nur eine entsprechende Paralyse, aber keine Hautkrankheit zur Folge. 2) Einige Tage nach stattgefundener Verletzung, zeigte sich auf der Haut der verletzten Seite Herpeseruption, welche, sobald die Rückenmarkserkrankung auf die andere Seite sich fortpflanzte, auch auf dieser Seite bemerkbar wurde. 3) Die

Digitized by Google

Eruptionen dauerten nur kurze Zeit. 4) Mit den Eruptionen zu gleicher Zeit trat eine Atrophie auf dem betreffenden Gebiete der Haut auf. 5) Im verletzten Rückenmarke wurde 6—10 Wochen nach der Verletzung das Bild der Sclerose sichtbar, zugleich entstand in allen Fällen oberhalb der verletzten Stelle in den Vorderhörnern der verletzten Seite eine Vacuolenbildung. — Die Ansicht Irsai's geht dahin, dass bezüglich des Erscheinens der genannten Hautaffection nebst anderen unbekannten Ursachen von besonderer Wichtigkeit nur der einzige Factor zu sein scheint, dass eine sehr verbreitete, die Vorderhörner umfassende Erkrankung vorhanden sein soll. Was die genauere Bestimmung dieses Centrums betrifft, darüber geben die Beobachtungen I.'s keinen Aufschluss; aber so viel kann angenommen werden, dass weder die medianen Theile der Vorderstränge, noch die Hinterstränge einen Einfluss auf das Zustandekommen der Hautaffection üben.

Otto Schwartzer (Budapest).

Pathologische Anatomie.

3) **Des effets de l'hémorrhagie du lobe paracentral** von Dr. Rousseau. (L'Encéphale. 1881. Nr. 4 p. 705.)

Ein 68jähriger Mann mit rechtsseitiger motorischer und sensibler Hemiplegie und Demenz infolge eines früheren apoplectischen Insults wird von vollständiger motorischer und sensibler Lähmung der linken Körperhälfte und des rechten oberen Augenlids befallen; gleichzeitig entwickelt sich Contractur im rechten, Andeutungen von Muskelstarre im linken Vorderarm. Anfälle von Angst und Verfolgungsideen bis zu deliriumartigen Zuständen, hypochondrische Anwandlungen und Hallucinationen; schweres Krankheitsgefühl. Cyanose, Decubitus, Collaps, Tod 5 Wochen nach dem Anfall. Hirnbefund: Rechts ist fast der ganze Hirnschenkel in einen Erweichungsheerd verwandelt; links Cuneus und Hinterhauptlappen erweicht; Hämorrhagie in den Lob. paracentralis. Atheromatose sämmtlicher Hirngefässe. — Hochgradiges Atherom der Aorta. In der Epikrise legt Verf. das Hauptgewicht auf die frische Blutung in den Lob. paracentralis, in der er — nach dem Vorgange von Luys — das anatomische Substrat für die psychischen Störungen sieht. Tuczek.

---

4) **De la contusion de l'encéphale.** Leçon de Duplay, recueillie par P. Poirier. (Progrès méd. 1882. Nr. 5 u. 6.)

Commotio und Contusio cerebri gehen klinisch und anatomisch in einander über. Von der Stelle des Trauma breitet sich eine mehr oder weniger starke Welle in den mit Cerebrospinalflüssigkeit gefüllten Räumen — den Subarachnoidealräumen, Gefässscheiden und Ventrikeln — aus. Bei leichtem Trauma (Commotio) kommt es nur zu Verengerungen der Gefässe mit secundären Erweiterungen; bei schwereren (Contusio) zu Ruptur der Gefässe von verschiedenem Umfang bis zu ausgedehnter Zerstörung von Gehirnsubstanz. Die Diagnose „Contusio" kann erst nach dem Eintritt von Entzündungserscheinungen gestellt werden, es sei denn dass localisirbare Herdläsionen vorliegen. Zur Unterstützung der Diagnose können in manchen Fällen dienen: Schmerz, Hyperästhesie, diffuse Contracturen, Congestion der Bulbi, wie sie reflectorisch bei Reizung der Nerven der Dura auftreten. Tuczek.

---

5) **Fracture du crâne et atrophie sénile symétrique des pariétaux** par Ch. Féré. (Soc. anatom. Séance du 17. juin 1881; Progrès médical 1882. No. 5.)

Eine 72jährige Frau, die in epileptischen Anfällen, an denen sie seit ihrem 20. Lebensjahre litt, häufige Kopfverletzungen erduldet hatte, starb an Pneumonie. Es fand

Digitized by Google

sich eine Schädelfractur, die schräg von rechts vorn nach links hinten über beide Scheitelbeine ging. In ihrem „Verlauf" über dem rechten Scheitelbeine waren die Ränder desselben so geschmolzen, dass ein ansehnlicher Knochendefect entstand, mit fester Adhäsion zwischen Dura und Pericranium. Ferner an beiden Scheitelbeinen plaqueweise Atrophie bis auf die innere Glastafel. An der rechten Hemisphäre, im Verlauf der Fractur eine lineäre, gelbliche Verfärbung; sonst am Gehirn normaler Befund, auch im Ammonshorn. Tuczek.

---

6) **Sopra un caso d'emiplegia diretta** von Efra Sciamanna. (Archivio di Psichiatria etc. Bd. II. H. III. pag. 273.

P. P. 46 Jahre alt. Hospitalist. Im Alter von 20 Jahren Ulcus durum. Antisyphilitische Cur, in den Jahren 1859 und 1866 als Soldat während der Feldzüge häufig wiederkehrende rheumatische Affectionen. Im Jahre 1867 traten ganz plötzlich während der Arbeit heftige clonische Zuckungen im rechten Arme auf, gefolgt von Verdunkelung des Bewusstseins, die rasch verschwand. Hierauf eine gewisse Behinderung (imbarazzo) der Sprache, Lähmung des rechten Armes und des rechten Beines. Die Sprache war nach wenigen Stunden wieder normal, die Lähmungserscheinungen besserten sich innerhalb 25 Tagen, doch schleppte er das rechte Bein nachher leicht nach. Kopfschmerz und Schwindel waren völlig geschwunden. Einen Monat später vorübergehend Zwangsbewegungen nach rechts hin (?). Bald nachher Schlaganfall mit Verlust der Sprache während $^1/_2$ Stunde. Die folgenden Jahre häufig nächtliche Dolores osteocopi, welche nur bei Jodkaligebrauch schwanden. Seit 1875 Lungenleiden mit blutigem Auswurf. Im Juni 1880 plötzlich auftretender Schwindel, Verlust des Gesichts, dann des Bewusstseins; nach Wiederkehr des Bewusstseins allgemeines Zittern, abwechselnd Lachen und Weinen. Das Zittern wiederholte sich im September mehrfach auf's heftigste, besonders Morgens beim Aufstehen und war immer von mehr oder weniger ausgesprochenem Bewusstseinsverlust begleitet. Seit Juni 1880 wachsende Schwäche nicht nur der kranken (rechten), sondern auch der gesunden Körperhälfte und Steigerung der Tast- und Schmerzempfindung im rechten Beine. Am 7. October 1880 Aufnahme in's Krankenhaus wegen der Verschlimmerung des Lungenleidens. Es wurden die folgenden Störungen constatirt: Parese der unteren Aeste des rechten Facialis, des Hypoglossus und glossopharyngeus (?) und des rechten Armes; Lähmung des rechten Beines ohne Herabsetzung der Sensibilität und des Muskelsinns. Der rechte Arm in allen Gelenken leichte Beugecontractur, passive Bewegungen schmerzhaft. Atrophie besonders der Strecker des Ober- und Vorderarmes. Der Kranke erholte sich in der folgenden Zeit etwas, bekam aber dann von neuem eine halbseitige Lähmung, welche vom rechten Arme in wenigen Stunden auf das rechte Bein fortschritt und im Verlaufe eines Monates zu umschriebenen (?) Atrophien und Contracturen führte. Tod am 17. December 1880.

Die Autopsie ergab: apoplectische Narbe im rechten äusseren Kern und inneren Kapsel (vorderer Theil der hinteren Hälfte) von der Grösse einer Erbse. Absteigende secundäre Degeneration des linken Hirnschenkels, der linken Pyramide und des rechten R. Seitenstranges. Atrophie der rechten hinteren Centralwindung.

Tuberculosis chronica der Lungen und des Darmes.

Der Verf. versucht eine Deutung dieses ganz unverständlichen Leichenbefundes sowohl bezüglich seiner Beziehungen zu den intra vitam beobachteten Erscheinungen als auch der rein anatomischen Abweichungen von den bis heute gültigen Gesetzen über den Verlauf der cereprospinalen motorischen Leitungsbahnen. Bevor nicht eine genauere und erschöpfende Mittheilung des Leichenbefundes gegeben wird (Verf., der das Ungewöhnliche dieses Falles wohl erkannt hat, verweist auf eine später zu erfolgende pathol.-anatom. Bearbeitung der gemachten Beobachtung des Prof. Marchiafava), haben solche Deutungsversuche nur den bedingten Werth gelehrter Speculation.

Digitized by Google

Im Sectionsprotocoll ist die Affection der rechten hinteren Centralwindung mit den Worten „verdünnter als die linke“ (più accostigliata) abgethan; über die linken Stammganglien und die linke innere Kapsel ist überhaupt nichts gesagt. Die Pyramidenkreuzung ist völlig normal befunden worden. Die Grosshirnhemisphären sind anscheinend nicht weiter untersucht worden, wenigstens ist über die Beschaffenheit der übrigen Hirnmantelabschnitte nur erwähnt, dass die weisse Substanz wenig Blutpunkte gezeigt habe. Binswanger.

Pathologie des Nervensystems.

7) **Sur une cause peu connue de la tabes dorsal spasmodique** von Dr. Brunelli, Rom. (Transactions of the international medical congress, seventh session held in London 1881. Vol. II. p. 45.)

Im October 1880 bekam Br. zugleich 5 Patienten (4 Männer und 1 Frau) in Behandlung, welche alle aus der Gegend von Alatri (Provinz Rom) stammten und an den ausgesprochendsten Symptomen spastischer Spinalparalyse litten: exquisit spastischer Gang, lebhafte Sehnenreflexe, Muskelrigidität, normale Sensibilität, keine Blasenstörungen. Durch dieses gehäufte Vorkommen der sonst so seltenen Krankheit aufmerksam gemacht, reiste Br. selbst nach Alatri hin und fand dort noch 6 an derselben Affection leidende Patienten. Bei näheren Nachforschungen stellte sich heraus, dass alle befallenen Personen sich in den letzten Monaten vor der Erkrankung in Folge eingetretener Hungersnoth grösstentheils von Brod genährt hatten, welches aus dem Mehl einer Leguminose, Lathyrus cicera, bereitet war. Bei einigen Personen, welche nach dem Genuss desselben Mehles ebenfalls Schwäche und Zittern der Beine bekommen hatten, dann aber sogleich sich eine vollständig andere Nahrung hatten verschaffen können, waren auch die nervösen Störungen bald wieder verschwunden. In Italien ist das Auftreten von Bewegungsstörungen nach dem Genusse des Lathyrus schon lange bekannt. Von älteren Aerzten sind ganze Epidemien beschrieben worden, welche in Zeiten von Hungersnoth durch diese Ernährungsweise entstanden sind und „epidemie di storpio“ genannt wurden. Auch Prof. Cantani in Neapel hat solche Fälle gesehen und für sie den Namen „Lathyrismus“ vorgeschlagen. Ein ebenfalls wohl constatirtes Factum soll es sein, dass Schweine, welche mit Lathyrus cicera gefüttert werden, von lähmungsartigen Zuständen der hinteren Extremitäten befallen werden. Br. hat daher angefangen, experimentelle Untersuchungen an Thieren über den fraglichen Gegenstand anzustellen, welche indessen noch nicht zum Abschluss gebracht worden sind. (Bestätigen sich diese Angaben Br.'s, so bilden sie ein sehr interessantes Analogon zu den Marburger Beobachtungen über die Ergotin-Tabes. Ref.) Strümpell.

---

8) **On certain little-recognized symptoms of Tabes dorsalis** von Dr. Thomas Buzzard, London. (Transactions of the international medical congress, seventh session held in London 1881. Vol. II, p. 22.)

Verf. bespricht diejenigen Fälle von Tabes, bei welchen die charakteristische Bewegungsstörung fehlt, wogegen andere Symptome so sehr in den Vordergrund traten, dass die Diagnose der Tabes oft lange Zeit gar nicht gestellt wird. Er erwähnt zunächst eine Anzahl von Fällen, bei welchen so intensive gastrische Krisen eintreten, dass die Krankheit von den behandelnden Aerzten Anfangs für ein Magenleiden gehalten wurde. Die richtige Diagnose konnte aber gestellt werden aus dem eigenthümlichen anfallsweisen Charakter der auftretenden schweren Magenerscheinungen (heftige Schmerzen und Erbrechen) und aus dem Nachweise gleichzeitiger

Digitized by Google

anderer tabischer Symptome, besonders des Fehlens der Patellarreflexe, der vorhandenen reflectorischen Pupillenstarre u. a. Verf. macht besonders auf die relative Häufigkeit des gleichzeitigen Vorkommens von gastrischen Krisen mit tabischen Gelenkaffectionen aufmerksam. Er meint, dass gewiss manche als „Magengicht" bezeichneten Fälle nichts anderes als Tabesfälle sind, bei denen die eben erwähnte Combination von Magenbeschwerden und Gelenkschmerzen vorhanden ist. — Ferner bespricht B. diejenigen Fälle, bei denen initiale Störungen im Bereiche cerebraler Nerven so sehr in den Vordergrund treten, dass die Diagnose einer Tabes leicht übersehen werden kann. Er sah einen Fall mit auffallenden Schlingbeschwerden, ferner Fälle mit Schmerzen oder mit Anaesthesie im Bereich des N. trigeminus. Bekannt ist die initiale Atrophie des N. opticus, viel seltener, jedoch auch vom Verf. beobachtet, ist Atrophie des Acusticus, sodass Fälle von „nervöser Taubheit" sich zuweilen auch schliesslich als Tabes herausstellen. Auch Blasenstörungen können schon im Beginne der Tabes so in den Vordergrund der Krankheitserscheinungen treten, dass ein primäres Blasenleiden vermuthet wird. In einem Fall lenkte das Vorhandensein eines Blasensteins (Phosphatsteine können sich bei Harnretention besonders leicht bilden) zuerst die Aufmerksamkeit auf die bestehende Tabes. Endlich erwähnt Verf. das Auftreten von Hemiplegie bei Tabes, wodurch ebenfalls die tabischen Symptome leicht verdeckt werden können. Auch plötzlich eintretende motorische Schwäche der Beine und echte paraplegische Zustände geben zu Verwechselungen Anlass. Strümpell.

---

9) On perforating ulcer of the foot as connected with progressive locomotor ataxy von Prof. Benjamin Ball und M. G. Thibierge, Paris. (Transactions of the international medical congress, seventh session held in London 1881. Vol. II. p. 52.)

Verff. führen einige Fälle von Tabes an, bei welchen das Malum perforans pedis beobachtet wurde. Dasselbe hängt ihrer Meinung nach unmittelbar von dem Rückenmarksleiden ab, gerade wie die Gelenksaffectionen der Tabiker, und kann den übrigen tabischen Symptomen lange Zeit vorangehen. Verff. rathen daher, bei jedem Malum perforans die Sehnenreflexe, die Pupillen u. s. w. zu prüfen. Uebrigens kann das Geschwür zur Heilung gelangen, während die übrigen Symptome der Tabes fortschreiten. Bei Frauen kommt es auffallend seltner vor, als bei Männern.

Strümpell.

---

10) Ueber die ätiologische Bedeutung der Syphilis für die Tabes dorsalis von Prof. Erb, Leipzig. (Transactions of the international medical congress, seventh session held in London 1881. Vol. II. p. 32.)

E. bespricht zunächst die Einwände, welche gegen den von ihm behaupteten Zusammenhang der Tabes mit Syphilis erhoben worden sind: 1) Bei der Autopsie von Tabischen finde man selten evidente Syphilis anderer innerer Organe. Dagegen ist zu sagen, dass bei Nervensyphilis überhaupt die übrigen inneren Organe meist gesund bleiben. Zuweilen aber (unter 19 angeführten Sectionen 5 mal) finde man doch auch anderweitige luetische Affectionen. 2) Die anatomischen Veränderungen haben nichts Specifisches. Der Einwand ist hinfällig, da eine ganze Anzahl zweifellos luetischer Affectionen in ätiologischem Sinne, anatomisch sich nicht von anderen Affectionen unterscheiden. 3) Die Tabes sei eine Systemerkrankung, die Syphilis erzeuge nur Krankheiten des Bindegewebes, könne also nicht die Ursache einer Systemerkrankung sein. Abgesehen davon, dass der erste Satz durchaus noch nicht allgemein anerkannt sei, kann die

Digitized by Google

Möglichkeit, dass das syphilitische Gift, ebenso wie zahlreiche andere Gifte, auf die Nervenfaser selbst und zwar nur auf Nervenfasern bestimmter Dignität einwirke, a priori nicht in Abrede gestellt werden. 4) Die Tabes trete erst sehr spät (jahrelang) nach der Infection auf und fast nie seien bei Tabischen sonstige Zeichen von Lues nachweisbar. Der erste Einwand ist belanglos, da von der Hirnlues das gleiche späte Auftreten bekannt ist. Der zweite Satz ist unrichtig, wie E. durch mehrere angeführte Beispiele zeigt. 5) Die Syphilis sei in den Ständen, aus welchen die meisten Patienten E.'s stammen überhaupt häufig und es wäre daher nichts Auffallendes, ihr so oft in der Vorgeschichte der Tabischen zu begegnen. Um diesen Einwurf zu entkräften, hat E. bei 500 nicht tabischen Patienten (alles Männer über 25 Jahre) ebenfalls die Häufigkeit früherer Infectionen bestimmt. Von diesen 500 Personen waren 77 pCt. überhaupt nie inficirt, 11 pCt. hatten früher einen Schanker, 12 pCt. sichere Lues. Bei den Tabeskranken dagegen fanden sich in 122 Fällen nur 10,6 pCt. ohne jede vorausgegangene Infection, 59 pCt. mit sicherer früherer Lues und 30,3 pCt. mit früherem Schanker ohne secundäre Symptome. 6) Der negative Erfolg einer antisyphilitischen Behandlung der Tabes spreche gegen den Zusammenhang der letztern mit Lues. Abgesehen davon, dass in einigen Fällen eine antisyphilitische Cur doch von Nutzen ist, beweist auch die Erfolglosigkeit der Therapie nichts, da bei parenchymatösen Degenerationen eine restitutio in integrum überhaupt nicht zu erwarten ist.

Schliesslich hebt E. hervor, dass der Procentsatz der Tabesfälle mit vorangegangener Infection wahrscheinlich noch höher ist, als die Zahlen es ergeben, da gewiss in manchen Fällen die frühere Syphilis durch die Anamnese nicht eruirt werden kann. E. hält auch die Schankerinfectionen für ätiologisch wichtig, da er sich der unitarischen Auffassung von Schanker und Syphilis zuneigt. Auch von den luetischen Infectionen scheinen namentlich die leichteren Formen ohne schwere Secundärerscheinungen später von Tabes gefolgt zu werden.

In der Discussion über diesen Vortrag erkennt Dr. J. T. Banks (Dublin) die Häufigkeit der Lues in der Anamnese Tabischer an, kann aber einen ätiologischen Zusammenhang beider Krankheiten nicht sicher annehmen.

Sir W. Gull (London) weist darauf hin, dass die Frage nicht durch anatomische, sondern nur durch klinische Untersuchungen entschieden werden kann.

Dr. Althaus (London) ist gegen den Zusammenhang beider Krankheiten. Er meint, dass die Tabes schon zu den Zeiten Galen's und Hippocrates' vorgekommen sei, wo es noch gar keine Syphilis in Europa gegeben habe. Die Mittel, welche auf die Tabes von günstigem Einfluss sind, haben auf die Lues keine Einwirkung.

Dr. Neftel (New-York) erzählt, dass bei den Kirgisen Mittel-Asiens die Syphilis sehr verbreitet sei und schlägt deshalb vor, sich bei den dortigen Aerzten zu erkundigen, ob auch die Tabes dort häufig vorkomme.

Prof. W. T. Gairdner (Glasgow) macht auf die Schwierigkeiten der statistischen Untersuchung aufmerksam und hält den Beweis für den Zusammenhang beider Affectionen für noch nicht erbracht.

Prof. Lancereaux (Paris) spricht sich auch gegen diesen Zusammenhang aus. Er hält sexuelle Excesse für eine Ursache der Tabes und erklärt hieraus die Thatsache, dass man so häufig in der Vorgeschichte der Tabischen Syphilis findet.

Prof. Rosenstein (Leiden) spricht sich für die Annahme Erb's aus.

Dr. Zambaco (Constantinopel) glaubt, dass die Syphilis auch functionelle (anatomisch nicht nachweisbare) Störungen des Centralnervensystems hervorrufen kann.

In einigen Schlussworten weist Prof. Erb noch einmal auf die Wichtigkeit der Frage hin, deren endgültige Entscheidung erst durch fortgesetzte klinische, anatomische und statistische Untersuchungen möglich sein wird. Strümpell.

Digitized by Google

11) Ueber corticale Epilepsie von Dr. C. Laufenauer (Orvosi Hetilap. 1881. Nr. 40).

Als Resultat seiner Untersuchungen führt L. an, dass in den mit Atrophie des Ammonshornes einhergehenden Fällen von Epilepsie die Encephalitis auch in der Hirnrinde nachgewiesen werden kann; die Epilepsie ist eine Folge der Encephalitis und nicht umgekehrt. Verf. bespricht nun weitere mit Epilepsie einhergehende Krankheitsfälle, — in einem war neben der Atrophie des Ammonshornes eine basilare Encephalitis acuten Charakters zugegen, — in einem anderen Falle gleichfalls nebst der Atrophie des Ammonshornes Cerebellar-Atrophie. Nicht unerwähnt darf es bleiben, dass sich die Untersuchungen des Verf. ausschliesslich auf geisteskranke Epileptiker beziehen, also bereits auf cortical erkrankte Gehirne (Psychose), demnach ein allgemeiner positiver Schluss auf Epilepsie überhaupt denn doch etwas zu gewagt erscheint. Otto Schwartzer (Budapest).

---

12) Du rôle de la syphilis comme cause de l'ataxie locomotrice progressive par J. L. Prevost. (Revue médicale de la Suisse romande, Janvier et Février 1882.)

Verf. kommt nach einer sorgfältigen Uebersicht über die bisherige Literatur dieser Frage zu dem Schluss, dass es schwer erscheint, in allen Fällen den Einfluss der Syphilis auf die Entstehung der Tabes leugnen zu wollen, wenn er auch nicht so häufig sei, wie Einzelne annehmen. Im Uebrigen bietet die Tabes syphilitischen Ursprungs kein anatomisches oder symptomatologisches Zeichen, das sie von derselben Krankheit, wenn sie aus andern Ursachen entstanden ist, unterscheidet. M.

---

13) La douleur dite ovarienne des hystériques a pour siège l'ovaire par Ch. Féré. (Gazette médic. 1882. Nr. 7, p. 89.)

Zur Entscheidung der Frage nach dem Sitze des ovariellen Schmerzes der Hysterischen bot eine in der Salpetrière wohlbekannte Kranke eine gute Gelegenheit, als sie, schwanger geworden, das Krankenhaus vor ihrer Entbindung wieder aufsuchte. Entsprechend der eigenen Angabe der Kranken, dass die betreffenden Schmerzpunkte mit der Schwangerschaft höher hinauf gerückt wären, constatirte man, dass die Lage derselben auf einer zwischen Nabel und Spina ant. sup. ilei gezogenen Linie war. Nach der Entbindung rückten mit der Verkleinerung des Uterus und mit den palpabeln Ovarien die Schmerzpunkte immer tiefer, die bekannten Symptome zeigend. — Interessant war u. A. auch, dass während der Geburtsarbeit die sonst immer leicht zu hypnotisirende Kranke nicht hypnotisch gemacht werden konnte, auch nach Ausschliessung des Wehenschmerzes; 40 Minuten nach der Entbindung jedoch gelang die Hypnotisirung schon wieder. Hadlich.

---

14) Deux observations de zona et d'atrophie musculaire du membre supérieur par Alix Joffroy. (Archives de Physiologie. 1882. No. 1.)

Bei einem 63jährigen Manne entwickelte sich unter heftigen Schmerzen eine Eruption von Herpes zoster, welche genau auf die rechte Schulter beschränkt blieb. Drei Monate darauf wurde auf derselben Seite eine Muskelatrophie constatirt, welche den Adductor pollicis, die Interossei und die Muskeln des Hypothenar betraf. Faradische Erregbarkeit fast erloschen, galvanische gesteigert. Nach dreimonatlicher galvanischer Behandlung Heilung.

Bei einem 40jährigen Mann entstand unter allmählich zunehmenden Schmerzen in der linken Schulter eine Atrophie des Deltamuskels. Diagnose: Neuritis des N.

Digitized by Google

circumflexus. Nach 7 monatlicher galvanischer Behandlung fast vollkommene Heilung, als sich plötzlich unter heftigen Schmerzen ein Herpes zoster an der innern und hintern Seite des linken Unterarms entwickelte.

Verf. betont den in diesen Fällen sehr wahrscheinlichen Zusammenhang zwischen dem Herpes zoster und der Muskelatrophie. Seine Hypothese darüber ist, dass eine in der Höhe des Plexus brachialis bestehende Entzündung von sensibeln Fasern auf daneben liegende motorische überschreite (Fall 1) oder umgekehrt (Fall 2).

Gnauck.

---

15) **Sur un cas de zona ophtalmique gangréneux compliqué de paralysie faciale** par Maurice Letulle. (Archives de Physiologie. 1882. No. 1.)

Ein 51jähriger Mann bemerkte in der rechten Hälfte der Stirn einen diffusen und allmählig anwachsenden Schmerz. Am 5. Tage zeigte sich daselbst eine Eruption von breiten bräunlichen Bläschen, verbunden mit lebhafter Röthung und starkem Oedem der Haut, welche sich über die rechte Wangengegend und einen Theil des behaarten Kopfes bis zu beiden Schläfengegenden herab verbreiteten. Zu gleicher Zeit war neben dem Herpes zoster eine Abschuppung der Epidermis in unregelmässigen und ziemlich grossen Lamellen vorhanden. Während der Eruption, die ungefähr 8 Tage dauerte, nahm der Schmerz ab und die Sensibiltät erschien abgeschwächt; zu constatiren war noch eine doppelseitige Adenitis submaxillaris.

Nach Loslösung der durch Eintrocknen der Bläschen entstandenen Krusten zeigten sich einige gangranöse Inseln inmitten der anderen reichlich eiternden Stellen, welche schnell unter Narbenbildung heilten.

Am 20. Tage trat eine unvollständige Lähmung des rechten Facialis ein, wahrscheinlich in Folge von Erkältung.

Verf. glaubt, dass die verschiedenen in diesem Falle beobachteten Erscheinungen: Erythem, Oedem, Desquammation der Epidermis und Herpes zoster, nur verschiedene Grade einer und derselben Nervenaffection sind — hier einer Läsion des Ramus ophthalmicus. Er betont, dass hier wahrscheinlich beide Affectionen, sowohl diejenige des Facialis als die des Ramus ophthalmicus rheumatischer Natur seien; vielleicht sei durch die Erkrankung der sensibeln Nerven eine geringere Resistenzfähigkeit der betreffenden Gegend gegen äussere Einflüsse geschaffen worden, wodurch auch die motorischen Nerven zu einer Erkrankung leichter disponirten. Gnauck.

---

16) **Chute de l'ongle des gros orteils chez un malade atteint d'ataxie locomotrice progressive** par Alix Joffroy. (Archives de Physiologie. 1882. No. 1.)

Bei einem 38jährigen Kranken, welcher seit einigen Jahren an deutlicher Ataxie, lanzinirenden Schmerzen in den Beinen, Blasenschwäche und Impotenz litt, entstand ohne vorhergegangene Contusion ganz schmerzlos eine schwarze Verfärbung zuerst am Nagel der rechten grossen Zehe und dann an dem der linken; am 3. Tage fielen die Nägel ab, restituirten sich aber bald wieder. Gnauck.

---

17) **De la chute spontanée des ongles chez les ataxiques** par Pitres (Progr. méd. 1882. No. 8.)

Arloing's Beobachtung einer eigenartigen trophischen Störung der Nägel bei Tabikern (Arch. de Physiol. 1882, T. IX, p. 174) bestätigt P. durch 2 Fälle vorgeschrittener Tabes, in denen spontan, ohne Trauma, ohne Eiterung, Nägel an den Zehen, besonders der grossen, sich abstiessen und durch schnell nachwachsende neue ersetzt wurden; ein Vorgang, der sich an denselben Nagelgliedern mehrmals hintereinander wiederholte. Tuczek.

Digitized by Google

18) **Monoplégie gauche, puis hémiplégie du même côté survenue dans le cours de la tuberculisation pulmonaire, — Plaque de méningite tuberculeuse recouvrant, les circonvolutions frontale et pariétale ascendante du côté droit, avec prolongement sur toute l'étendue du lobule paracentral** par Barié et du Castèl. (Soc. anatom.; Séance du 1. Juillet 1881. Progrès méd. 1882. No. 8.)

Der Titel besagt zur Genüge, um was es sich handelt; die linke Hemisphäre und die Basis des Gehirns waren frei von meningitischen Erscheinungen.

Tuczek.

---

19) **Notiz zur pathologischen Anatomie des Rückenmarks nach Darmerkrankungen** von A. Pick. (Prag. med. Wochenschr. 1881. No. 45. Sep.-Abdr.)

Die seither geringen pathologisch anatomischen Befunde bei Lähmungen nach akuten Erkrankungen bereichert P. durch einen neuen Befund.

Bei einem 10monatlichen, bis dahin gesunden Kinde, das in 2 Tagen an einer akuten Diarrhöe zu Grunde gegangen war, fand Verf. in vielen Querschnitten des Rückenmarks verstreute kleine Blutungen, die hauptsächlich in den Hinterhörnern ihren Sitz hatten.

Lähmungen waren intra vitam nicht beobachtet worden. Rumpf.

---

20) **Contribution à l'étude de l'aphasie** par Raymond et Dreyfous. (Arch. de Neurol. 1882. Nr. 7, p. 80.)

In einer eigenen und einer anderweitigen Beobachtung von Aphasie mit linksseitiger Hemiplegie ergab sich neben Erweichung des motorischen Feldes der rechten Hemisphäre Läsion der linken Broca'schen Windung. Dass derselbe klinische Befund auch auf „Rechtshirnigkeit" beruhen kann, dafür werden zwei Fälle mit Obductionsbefund aus der Literatur angezogen. Tuczek.

---

21) **Note sur les divers états nerveux déterminés par l'hypnotisation chez les hystériques** par J. M. Charcot. (Progrès médical. 1882. Nr. 7. p. 124.)

Auf Grund von Beobachtungen über artificiellen Hypnotismus bei lauter jungen hystero-epileptischen Frauenzimmern mit gemischten Krisen stellt Verf. folgende drei klassische Formen (Zustände) desselben auf, welche entweder primär auftreten oder in verschiedener Folge in einander übergehen oder künstlich übergeführt werden können.

1) Der kataleptische Zustand entsteht primär unter dem Einfluss eines lauten, unerwarteten Geräusches oder grellen Lichtes oder andauernder Fixirung irgend eines Gegenstandes, ferner secundär aus dem lethargischen Zustand (2.), wenn die bisher geschlossenen Augen in einem erleuchteten Raume durch Emporziehung der oberen Lider geöffnet werden. Er ist charakterisirt durch die unbewegliche wie versteinerte Haltung selbst in gezwungener Stellung bei offenen Augen, starrem Blick, seltenem Lidschlag und sehr verlangsamter Respiration. Die Glieder verharren zwar ohne ersichtliche Ermüdung in den ihnen ertheilten unbequemsten Stellungen, sind aber passiv widerstandslos leicht beweglich, so dass von Flexibilitas cerea keine Rede ist. Die Sehnenreflexe sind aufgehoben oder wesentlich herabgesetzt, die neuromuskuläre Hyperexcitabilität (vgl. ad 2) fehlt völlig. Bei vollständiger Anästhesie der Haut bewahren die Sinnesorgane (Gesicht, Gehör insbesondere) theilweise ihre Empfindlichkeit, sodass die Individuen durch entsprechende Eindrücke mittelst der Nachahmung zu automatischen mehr oder minder complicirten Bewegungen veranlasst

Digitized by Google

werden können, übrigens aber, wieder sich selbst überlassen, in den Zustand der versteinerten Unbeweglichkeit zurücksinken. Wenn ein Auge geschlossen wird, so führt dies in der betreffenden Körperhälfte die Resolution und neuromuskuläre Hyperexcitabilität des folgenden Zustandes herbei, während die andere im kataleptischen verharrt.

2) Der lethargische Zustand entwickelt sich gewöhnlich unter einer tiefen Inspiration bei einer vorläufig kataleptischen Person, wenn man ihr beide Augen verschliesst oder sie in einen dunkeln Raum bringt, kann aber auch primär unter dem Einfluss der Fixirung des Blickes auftreten. Die Augen sind halb oder ganz geschlossen, die Bulbi krampfhaft nach oben und innen gedreht. Die Glieder befinden sich in vollständiger Resolution und fallen passiv erhoben und dann sich selbst überlassen flaccide herab. Die Sehnenreflexe sind äusserst gesteigert. Als neuromuskuläre Hyperexcitabilität wird bezeichnet, dass nicht blos durch mechanische Reizung der Sehnen und Muskeln diese in Contractionen versetzt werden, sondern namentlich durch Druck auf die motorischen Nerven, z. B. mittelst des stumpfen Endes eines kleinen Stockes die von ihnen versorgten Muskeln in ähnlicher Weise typisch sich kräftig zusammenziehen wie bei der localisirten Faradisation. Diese Contractionen sind im Bereich des Rumpfes, Halses und der Extremitäten permanente, selbst den lethargischen Zustand überdauernde sehr energische Contracturen, welche regelmässig nur durch mechanische Insultation der Antagonisten beseitigt werden können. Nur im Gesicht treten einfache, mit der Beendigung des Reizes ebenfalls vollendete kurze Zuckungen auf. Die Anästhesie ist nicht blos in der Haut, sondern auch in den Sinnesorganen vollständig, und automatische Bewegungen sind nicht zu erzielen. Wenn die Bulbi durch Emporziehung der oberen Lider in einem erleuchteten Raume entblösst werden, so geht dieser lethargische Zustand in den kataleptischen über, bei einseitiger Oeffnung halbseitig in der entsprechenden Körperhälfte, sodass dann die differenten Charaktere beider Status in beiden Körperseiten nebeneinander nachweisbar sind.

3) Der somnambulische Zustand wird primär bei einzelnen Personen durch Fixirung des Blickes, besonders aber durch Einwirkung schwacher, wiederholter und monotoner Sinneseindrücke erzielt, oder secundär aus dem kataleptischen oder lethargischen Zustand durch Druck oder leichte Reibung des Scheitels. Seine Phänomene werden als schwieriger definirbar folgendermaassen geschildert: halb oder ganz geschlossene Augen, Zuckungen der Augenlider, schläfriges Verhalten, nicht so vollständige Resolution der Glieder wie im lethargischen Zustand, normale Sehnenreflexe, Fehlen der neuromuskulären Hyperexcitabilität, dagegen Rigidität der Extremitäten auf leichtes Streichen ihrer Haut, nicht durch mechanische Reizung der Antagonisten zu beseitigen, sondern nur wieder durch leichtes Streichen. Die somnambulische (pseudo-kataleptische oder kataleptoide) Rigidität der Glieder ist im Gegensatz zur echten kataleptischen durch den mitunter sehr ausgeprägten Widerstand der Gelenke charakterisirt. Die Sensibilität ist nicht nur nicht erloschen, sondern es besteht vielmehr Hyperästhesie für einzelne Gefühlsqualitäten. Automatische, complicirte Bewegungen lassen sich leicht durch Nachahmung u. s. w. veranlassen. Der somnambulische Zustand kann durch leichten Fingerdruck auf den Augapfel in den lethargischen mit neuromuskulärer Hyperexcitabilität übergeführt werden.

Letzteres, dem lethargischen Zustand eigenthümliches, objectives, anatomisch-physiologisches Symptom, welches bei den beiden andern Zuständen vom Beobachter durch die angegebenen Proceduren willkürlich hervorgerufen werden kann, schützt denselben nach Verf. vor der in diesem Gebiete immer im Auge zu behaltenden Möglichkeit bewusster oder unbewusster Täuschung von Seiten der Versuchspersonen. Von der weiteren methodischen Erforschung des als experimentelle Neurose bezeichneten Hypnotismus sind aber nach Verf. noch wichtige Aufschlüsse über eine Menge nicht blos pathologischer, sondern auch physiologischer und psychologischer Probleme zu erwarten.

E. Remak.

Digitized by Google

22) Ueber die primären chronischen Erkrankungen des willkürlichen Bewegungsapparates von T. J. Möbius in Leipzig. (Centralblatt für Nervenheilkunde etc. von Erlenmeyer. Sep.-Abdr. mit Zusätzen. 1882.)

Verf. entwirft auf Grund des bekannten Materials eine Skizze der nosologischen Gruppe, welche der als progressive Muskelatrophie, hereditäre Atrophie, Pseudohypertrophia muscularis, progressive amyotrophische Bulbärparalyse, amyotrophische Lateralsklerose bezeichneten Krankheiten umfasst, von einheitlichem Standpunkte. Sie sind nach seiner Auffassung sämmtlich primäre chronische Erkrankungen des motorischen Bewegungsapparates oder des corticomusculären Leitungssystems (Flechsig), sind Systemerkrankungen und unterscheiden sich untereinander dadurch, dass bei den verschiedenen Formen verschiedengrosse Abschnitte des motorischen Hauptsystems erkrankt sind. Nach der Gliederung der verschiedenen Abschnitte des genannten Systems lassen sich folgende Formen unterscheiden:

1. Atonische progressive Muskelatrophie.

a) Einfache oder periphere Form der pr. M.: Degeneration der Muskeln event. der Nerven.

α) Einfache pr. M. der Erwachsenen.

β) Hereditäre pr. M. mit oder ohne Lipomatose.

b) Centrale Form der atonischen pr. M. Degeneration der Muskel, der Nerven, der vorderen grauen Substanz (event. der Pyramidenbahnen).

α) Spinale Form.

β) Bulbäre Form.

γ) Bulbospinale Form.

2. Spastische progressive Muskelatrophie. Degeneration der Muskeln, Nerven, der vorderen grauen Substanz und der Pyramidenbahnen.

a) Spinale Form.

b) Bulbospinale Form.

Die sogen. Poliomyelitis (spinale Kinderlähmung und atroph. Lähmung der Erwachsenen) gehört nicht in die betr. Kategorie, aus klinischen und anatomischen Gründen. Primäre Degenerationen, die auf die spinalen oder cerebralen Leitungsbahnen beschränkt blieben, sind bis jetzt nicht nachgewiesen und unwahrscheinlich (die primäre symmetrische Seitenstrangsklerose).

Characteristicum des anatomischen Prozesses, der in allen Formen identisch, ist degenerative Atrophie, gleichbedeutend mit der chronischen parenchymatösen Entzündung oder Sklerose der Franzosen. Die verkommenden Verschiedenheiten (einfache, fettige Atrophie, Sklerose der anatom. Elemente) sind nur Variationen desselben Vorgangs.

Weitere anatomische Merkmale sind die systematische Ausbreitung des Prozesses (die übrigens keine absolut reine ist) und der Symmetrie der Läsion.

Klinisch stimmen die Formen der progr. Muskelatrophie in 3 Cardinalpunkten überein: 1) dass das dominirende Symptom die Muskelatrophie ist, 2) dass die elektrische Reaktion bei allen dieselbe ist, 3) dass der Verlauf progressiv ist.

Ist bei der gewöhnlichen progressiven Muskelatrophie das Verhältniss der Atrophie zur Functionsstörung im Allgemeinen ein genau paralleles, so kommt doch schon bei der genannten Form, besonders aber bei der Bulbärparalyse Vorwiegen der Lähmung über die Atrophie vor. Bei der amyotrophischen Lateralsklerose scheint das Verhalten bald dem bei progr. Muskelatrophie, bald dem bei Bulbärparalyse zu gleichen. Die Charcot'sche Annahme, dass bei der Lateralsklerose die Lähmung der Atrophie vorausginge, findet nach Verf. keine Stütze in den Thatsachen. Die spastischen Phänomene spielen, was Intensität betrifft, bei der amyotroph. Lateralsklerose eine sehr verschiedene Rolle. Eine Erklärung liegt in der Charcot'schen Auffassung von der

Digitized by Google

nicht direkt durch Reizung des Pyramidenbündels, sondern erst secundär, durch Irritation der grauen Substanz vermittelten Natur der Contractur.

Für die elektrische Erregbarkeit gilt im Allgemeinen für alle in Betracht kommenden Formen der Satz, dass die farad. Reaktion nur im Verhältniss zur abnehmenden Masse des Muskels abnimmt; gegen galvanischen Strom ist das Verhalten der Muskeln in der Regel normal, doch kommen qualitative Aenderungen der Reaktion sporadisch bei der progr. Muskelatrophie, häufiger, wie es scheint, bei Bulbärparalyse vor. Die Erregbarkeit der Nerven gegen beide Stromesarten scheint immer normal zu sein (— eine Angabe, die mit Bezug auf die amyotrophische Lateralsklerose in den Anmerkungen gebührend corrigirt wird — es findet sich bei dieser vollständige Entartungsreaktion).

Die progressive Natur sämmtlicher Formen bietet im Einzelnen sehr variable Grade, die einfache periphere M. A., die Pseudohypertrophie haben einen eminent chronischen Verlauf.

Die Frage nach dem Gang des Prozesses im System, nach der Reihenfolge, in der die verschiedenen Glieder desselben ergriffen werden, erledigt sich nach Verf. am natürlichsten durch die Annahme, dass die einzelnen Theile des Systems in gleichwerthiger Weise erkranken, also weder ein aufsteigender, noch ein absteigender Prozess vorliegt. Selbst die Möglichkeit vorausgesetzt, dass die einzelnen Glieder des Systems zeitlich getrennt erkranken, so braucht deshalb noch keine direkte Abhängigkeit angenommen zu werden: Es kann der Prozess in jedem Abschnitt des Systems primär auftreten. Auch ein Uebergreifen der Erkrankung von systemweise verbundenen Elementen auf benachbarte nicht zum System gehörige Bahnen ist durchaus nicht auszuschliessen. Eisenlohr.

23) **De la paralysie diphthéritique** von Archambault. (Progr. médic. 1882. No. 2, 3, 4.)

Klinischer Vortrag bei Gelegenheit der Vorstellung eines Falles von ausgebreiteter diphtheritischer Lähmung. Eingehende Besprechung der Therapie. Sonst nichts wesentlich Neues. Eisenlohr.

24) **The Pre-Ataxic Stage of Locomotor Ataxia** von Dowse. (The Glasgow Med. Journ. Jan. 1882. Ref.)

Enthält die Angabe, dass in mehreren Fällen von tabischem Anfangsstadium das Kniephänomen bei der Untersuchung gefehlt habe, aber sofort nach Durchleitung eines continuirlichen Stromes durch das Rückenmark zurückgekehrt sei.

von den Steinen.

25) **A Case of Spontaneous Lateral Sclerosis of the Spinal Cord and one of Poliomyelitis anterior** von Jos. Coats. (The Glasgow Med. Journ. Jan. 1882.)

Beide Fälle ohne Besonderes. Keine Section. — C. misst das spastische Fusszittern, indem die den Fuss dorsalflectirende Hand zugleich einen Stift gegen einen rotirenden Cylinder drückt. Die Contractionen beliefen sich auf 6—7 pro Secunde, also ca. 400 in der Minute. von den Steinen.

26) **Contracture du bras gauche par contusion cérébrale au niveau de la circonvolution frontale ascendante** par D. Barbe. (Progrès méd. 1882. No. 5.)

Eine 77jährige Frau bleibt nach einem Falle auf den Kopf bewusst- und reactionslos liegen. Unterextremitäten und rechter Arm schlaff, linker Arm contracturirt,

Digitized by Google

Mund vorübergehend nach links verzogen. Tod 8 Tage später; Bewusstsein und Sprache waren 2 Tage nach dem Fall für einige Tage wiedergekehrt. Befund: diffuse Pachymeningitis haemorrhagica; Bluterguss über der rechten Hemisphäre; Blutung in einen nussgrossen Rindenbezirk der rechten vorderen Paracentralwindung im Uebergangstheil zur oberen Stirnwindung. Tuczek.

Psychiatrie.

27) Contribuzioni allo studio sperimentale dell'ipnotismo von Tamburini u. Seppilli. (1. Mittheilung.) (Rivista sperim. di freniatria e di med. leg. Anno VII f. III.)

Die Verff. haben bei ihren umfassenden Untersuchungen eines Falles von Hysteria major bezüglich der hypnotischen Erscheinungen, die folgenden Thatsachen gefunden:

I. Erscheinungen im Gebiete der Motilität und Sensibilität.

1) Die Erscheinungen der „neuro-musculären Uebererregbarkeit" im schweren hysterischen Anfall oder im hypnotischen Zustande können zuweilen auch im wachen Zustande hervortreten und können sowohl im einen wie im andern Falle durch directe mechanische Reizung (Fingerdruck) oder durch Application des Magneten auf Entfernung erzeugt werden.

2) Diese Uebererregbarkeit tritt im hypnotischen Zustande in erhöhtem Maasse ein und mit leichterer Transformation der Contractionen in Contracturen.

3) Mit directer mechanischer Reizung eines Gliedes erzeugt man Contractur desselben, meist mit Analgesie verknüpft, welche letztere die ganze entsprechende Körperhälfte betrifft und so lange dauert als die Contractur besteht.

4) Im tiefen Schlafe besteht allgemeine Anaesthesie; in weniger intensiven Graden dauert früher bestandene Hemianaesthesie fort, während bei der gesunden Seite die Sensibilität intakt bleibt.

5) Die Anwendung des Magneten im hypnotischen Zustande erzeugt im ausgeprägten Maasse, sowohl localisirt wie allgemein, die Erscheinungen der „neuromusculären Uebererregbarkeit."

6) Metalle und Senfteige bewirken sowohl bei der Anaesthesie im wachen Zustande als auch bei der temporär durch Hypnose erzeugten die Erscheinungen des Transfert.

7) Die Anwendung kalten Wassers oder Eises bewirkt gleichzeitig mit dem Auftreten von Anaesthesie das mehr oder weniger vollständige Verschwinden der „neuromusculären Uebererregbarkeit in den Theilen, an welchen es applicirt wurde; entsprechend der Dauer der Application und dem Grade der Herabsetzung der Temperatur findet eine Verminderung oder auch völliger Verlust der Muskelerregbarkeit und der Sensibilität in der ganzen entsprechenden Körperhälfte statt.

8) Nicht nur bei bilateraler Anwendung der Kälte, sondern auch bei Anwendung derselben in der Medianlinie des Körpers wird allgemeine Unerregbarkeit der willkürlichen Muskeln gleichzeitig des ganzen Körpers erzeugt.

9) Die Schnelligkeit der Rückkehr der Erregbarkeit steht in umgekehrtem Verhältnisse zur Dauer der Anwendung der Kälte und ist diese Rückkehr immer erleichtert durch Anwendung eines Metalles. Bei Anwendung des Magneten erfolgt sie rascher als nach mechanischer Reizung; sie beginnt immer in den Theilen, welche von der Einwirkung der Kälte nicht direct betroffen oder in denjenigen, in welchen bei directer Anwendung der Kälte die Einwirkung desselben weniger intensiv war.

10) Auch die Wärme bewirkt sofortiges, vorübergehendes Verschwinden der neuro-musculären Uebererregbarkeit in vorstehender Weise: Wenn aber die Tempera-

Digitized by Google

tur sehr hoch oder die Hypnose wenig tief ist, so kommt umgekehrt eine allgemeine Contractur zu Stande, welche man nicht mehr erhält, wenn gleichzeitig Kälte zur Anwendung gelangt.

II. Erscheinungen der Respiration und der Circulation.

11) Im Uebergange vom wachen zum hypnotischen Zustande wird die Respiration frequenter, tief und unregelmässig; die Herzschläge häufiger und stärker; die Beschaffenheit des Pulses bleibt unverändert, er ist nur gewöhnlich höher und wird bei den entsprechenden Curven der Einfluss der Respiration deutlicher.

12) Die Application des Magneten in einer gewissen Entfernung vom Thorax oder dem Epigastrium bringt im hypnotischen Zustande gewöhnlich eine wenn auch vorübergehende Hemmung der Respiration (Apnoe) zu Stande, meist sofort, bisweilen aber erst nach einer tiefen Inspiration; andere Male tritt nur eine Verstärkung in der Tiefe der Respirations-Bewegungungen auf. Nach Wegnahme des Magneten folgt fast immer Schwinden der Respirationspause und tiefe Inspirationsbewegung, welcher starke und zeitlich ausgedehnte Respirationsschwankungen nachfolgen.

13) Die Application des Magneten in einiger Entfernung von der Herzgegend ist im hypnotischen Zustande gefolgt von einer Beschleunigung der Herzaction, verbunden mit einer Steigerung der Pulsstärke und Pulshöhe.

14) Einfacher Druck auf die Bauchwand kann im hypnotischen Zustande den Respirations-Rythmus verändern, indem die Respirationsbewegungen seltener werden, und grössere Pausen besitzen.

15) Streichen des Gesichts (in einiger Entfernung von der Haut) beeinflusst im hypnotischen Zustande bisweilen die Respirationscurve, indem dies sie kleiner und frequenter macht.

16) Thermische Reize erzeugen nur im tiefen hypnotischen Schlafe Aenderungen der Respiration, zu denen auch die Gefässreflexe gerechnet werden müssen, welche bisweilen gleichzeitig anftreten. Binswanger.

---

28) **Der Cretinismus im Bezirksamt Scheinfeld in Mittelfranken** von Dr. Rüdel. (Aerztliches Intelligenzblatt. 1882. No. 1, 2, 4, 5.)

Werthvoll als kritischer Beitrag zu der Lehre vom Cretinismus sind die Untersuchungen, die der Verf. in einem alten Cretinenbezirk, umfassend die Dörfer Einersheim, Etzelheim und Hellmitzheim und die Stadt Iphofen, in gründlicher und vorurtheilsfreier Weise angestellt hat. Zunächst weist er nach, dass die Lage der 4 Orte, die hygieinischen Verhältnisse überhaupt, relativ günstige sind; nur das Brunnenwasser — die Stadt Iphofen hat ganz gutes Leitungswasser — lässt überall zu wünschen übrig, der Gehalt an Chlor, salpetriger Säure und organischen Bestandtheilen ist oft ein sehr beträchtlicher, an Kalk und Magnesia ist es reich, entsprechend der Bodenformation (Keuper), bei welcher Gyps überall von einer Handbreite bis $^1/_2$ Meter tief an unter der Oberfläche angetroffen wird. Nirgends sind Moore und Sümpfe. Auch die Wohnungs- und Ernährungsverhältnisse der Bewohner sind mittelgut. Die von Klebs für charakteristisch gehaltene „Navicula“ konnte Verf. nirgends im Wasser auffinden.

Sind demnach die Untersuchungen des Verf. in ätiologischer Beziehung negativ geblieben, so konnte er doch positiv eine erhebliche Abnahme des Cretinismus in dem fraglichen Bezirke nachweisen, eine Abnahme, deren Gründe freilich auch unauffindbar sind.

In Iphofen giebt es unter ca. 2000 Einwohnern nur noch 9 Cretinen, in den 3 Dörfern nur noch 6. Von diesen 15 Cretinen sind 9 vor dem Jahre 1830 geboren (50—84 Jahre alt.) Nun müssten nach gewöhnlichen Altersverhältnissen diesen 9 über 50 Jahre alten Cretinen entsprechend 33 unter 50 Jahre alte vorhanden sein,

Digitized by Google

während es nur 6 giebt (11—27 Jahre alt). Auch der Vergleich mit früheren, allerdings nicht ganz brauchbaren, Zählungen ergiebt die erhebliche Abnahme der Fälle. — Die Intensität der Krankheit ist der Mehrzahl nach eine mässige: nur 3 sind Vollcretine, 10 Halbcretine, 2 cretinös. Einen, meist mässigen Kropf, haben nur 6, gar keinen 9. — Der Schädelform nach sind die meisten Kranken brachycephal-orthocephal-prognathisch (die genauen Messungen, sorgfältig in einer Tabelle zusammengestellt, sind im Original nachzusehen). Nur bei 3 von den 15 liessen sich erbliche Einflüsse ausschliessen, bei 10 waren sie sicher nachzuweisen. Erfreulich ist deshalb, dass alle 15 Kranke (bis jetzt) ledig sind. Hadlich.

---

29) **1. Ueber Agoraphobie und Nyctophobie. — 2. Ueber eine eigenthümliche Art von Schreikrämpfen.** Zwei Vorträge von Dr. O. Eyselein. Blankenburg am Harz, 1881. (Sep.-Abdr.)

1. Im Anschluss an eine Schilderung der Platzangst theilt Verf. ein Krankheitsbild mit, das er 3mal beobachtet und Nachtangst, Nyctophobie, genannt hat. Dem Kranken, der sich in der Dunkelheit allein im Freien, z. B. auf der Strasse befindet, überfällt plötzlich ein namenloses Angstgefühl, alle Sinneseindrücke erschrecken ihn, beschleunigte Herzaction tritt ein und die Empfindung grosser körperliche Schwäche. Nachdem er in grosser Pein sein Haus erreicht hat, verliert sich der Zustand meistens alsbald, bei den Anfällen stärksten Grades setzt sich das Angstgefühl u. s. w. auch zu Hause noch eine zeitlang fort. Auch die Erinnerung an frühere Anfälle kann einen neuen hervorrufen. Alkoholgenuss, „der aber bis zum beginnenden Lähmungsstadium fortgesetzt werden muss", verhindert ganz sicher die Anfälle. Verf. hält Nyctophobie und Agoraphobie ihrem Wesen nach für identisch und zwar für eine Affection des Sympathicus.

2. In Folge eines heftigen Schreckens trat bei einem schwächlichen 14jährigen Mädchen ein Zustand ein, bei dem unter rythmischen, alle 8—20 Secunden erfolgenden Contractionen der Gaumenbögen, des Pharynx und Larynx und deren Umgebung ein scharfer Laut, wie „nae, ngnae" ausgestossen wurde. Im Schlafe sistirten die Krämpfe, die Verf. für eine Affection des N. vagus hält. — Bei guter Diät, Eisen und dem Gebrauch des constanten Stromes heilte das Leiden nach Ablauf mehrerer Monate. In zwei anderen, ganz ähnlichen Fällen war der Verlauf ein gleich günstiger.
Hadlich.

---

30) **La Psychopathie religieuse d'Alia.** (L'Encéphale. 1881. Nr. 4, p. 853.)

Alia ist eine kleine Stadt im Osten von Palermo, deren Bewohner durch religiöse Schwärmerei in grosses moralisches und physisches Elend gerathen sind. Die Secte hat ihre Anhänger nur unter den Frauen, welche sich allerlei schwere asketische Uebungen auferlegen und fast sämmtlich gewisse Krankheitserscheinungen davontragen, so dass weitaus die meisten geisteskrank, epileptisch oder hysterisch sind.
Siemens.

---

31) **Les „Sauteurs" du Maine** (U. S.) par Beard. (Arch. de Neurolog. 1881. Nr. 5, p. 147.)

Die „Springer" im Staate Maine und an andern Orten Nord-Amerikas sind Leute, welche mittelst eines schnellwirkenden Reflexmechanismus auf plötzliches Zurufen rasch und unwiderstehlich beliebige Handlungen ausführen (Gegenstände zerstören, sich und andere schlagen etc.), auf plötzliche Berührungen springen, auf plötzliche Geräusche schreien müssen. Sie erwerben diese Eigenschaft theils durch Uebung (Kitzeln), theils durch Vererbung und Nachahmung. Die ganze Sache, welche in

Digitized by Google

England und Amerika viel besprochen wurde, scheint durch die ersten Beobachter künstlich in sensationeller Weise aufgebauscht zu sein. Siemens.

---

32) Diagnostic différentiel de la folie à double forme et de la paralysie générale progressive par Régis. (L'Encéphale. 1881. Nr. 4, p. 685.)

Die differentielle Diagnostik des maniacalischen Anfangsstadiums der Paralyse von dem entsprechenden Stadium der Folie à double forme hat seine grossen Schwierigkeiten. Genaueste Anamnese und auch die physischen Zeichen bringen oft keine Klarheit, und die grössere Absurdität und Demenz der geäusserten Grössenideen ist schwer festzustellen, da man kein „Phrenomètre" bis jetzt erfunden hat. R. glaubt nun das unterscheidende Merkmal gefunden zu haben in den Eigenschaften des Charakters, in den moralischen und affectiven Aeusserungen der Kranken. Während der Paralytiker gutmüthig, wohlwollend, sanft ist, Alles verschenkt, jeden glücklich machen will, vor Rührung weint, wenn er von seinen Angehörigen spricht, sind die Exaltirten der Folie à double forme die bösesten Kranken; sie lügen, sind cynisch und egoistisch und in extremer Weise gewaltthätig. Mit zwei eigenen Beobachtungen illustrirt R. diese Ansicht. (Aber giebt es nicht auch verlogene, egoistische, cynische und gewaltthätige Paralytiker? Die meisten sind allerdings timide. Ref.)

Siemens.

---

33) Ueber Kropf, Cretinismus und Idiotismus, mit besonderer Berücksichtigung der pfälzischen Rheinebene von Dr. Hermann, prakt. Arzt in Hagenbach. (Friedreich's Blätter für ger. Medicin. 1882. Heft 1.)

Eine Zusammenstellung von bis jetzt Bekanntem. M.

---

34) A Case of Paralysis agitans in which Insanity occured. By Ringrose Atkins. (Journ. of Ment. Sc. Jan. 1882.)

61jährige Arbeiterin seit $3^1/_2$ Jahren in der Anstalt. 2 Jahre vor der Aufnahme Beginn mit plötzlichem Zittern der Hand, angeblich durch Schreck, als dieselbe eine — wahrscheinlich gestohlene — 5 £note vermisste. Allmähliche Ausdehnung des Tremors auf die beiden oberen Extremitäten. Sensationen von „innerlichen Brennen" und „Aufsteigen des Herzens zum Munde". Pat., unfähig zu arbeiten, wird deprimirt, versucht sich zu erhängen. Stat. praes.: Constanter Tremor beider Oberextremitäten, stärker rechts und vorwiegend der Unterarme. Finger in Beugecontractur, Daumen extendirt. Gleichfalls Tremor im unteren Theil des Gesichts, der zuweilen die sprachliche Articulation sehr beeinträchtigt. Kniephänomen leicht gesteigert. Sistirung während des Schlafs, Verminderung in Bettlage, Zunahme bei Erregung. Sensibilität intact. Psychisch: weinerlich, deprimirt, Intelligenz gering, Gedächtniss anscheinend nicht verschlechtert. Keine Hallucinationen, aber die visceralen Sensationen oft sehr intensiv. — Keine Section. von den Steinen.

Therapie.

35) Service électro-thérapeutique de la Salpêtrière von R. Vigouroux. Correspondance. (Progrès médical. 1882. No. 2.)

Polemik gegen Onimus, resp. gegen die Einleitung in dessen Guide pratique d'Electrothérapie und Vertheidigung des in der Salpêtrière in ausgedehntem Maasse betriebenen Studiums „psychonervöser" Vorgänge, sowie der dabei in Anwendung gebrachten Methoden der statischen Electricität, Metalloscopie und experimentellen Hypnose. Eisenlohr.

Digitized by Google

Anstaltswesen.

36) Remarques sur l'encombrement des asiles d'aliénés de Belgique von Dr. Lentz. (Bulletin de la société de médecine mentale de Belgique. No. 23.)

In Belgien hat sich durch die gesetzlichen Einrichtungen, nach welchen die ungeheilt gebliebenen Kranken, auch wenn sie nicht gemeingefährlich sind, in der Anstalt behalten werden, bis die Heimathsbehörde für eine zweckmässige Unterbringung in die „hospices civiles" gesorgt hat, allmählich eine solche Ueberfüllung der Irrenhäuser gebildet, dass die gesammte Aufnahme stockt. — Als Mittel hiergegen schlägt Herr L. im Namen der belgischen Gesellschaft für Irrenheilkunde vor, zunächst sofort eine neue Anstalt zu bauen, sodann in die Anstalten nur die Heilbaren und die Gemeingefährlichen aufzunehmen, während die unheilbaren nicht gemeingefährlichen Kranken, für die die Regierung vorschlägt, eine grosse Centralanstalt zu bauen, ohne Weiteres von der Heimathsbehörde übernommen werden sollen. Die zweckmässige Sorge für die Letzteren liege naturgemäss nicht dem Staat, sondern den Localbehörden ob, gleich der Sorge für Sieche und Blödsinnige. Es wird für sie eine gesetzmässig zu regelnde Fürsorge durch kleinere provinzielle Hospitäler vorgeschlagen.

Sioli.

37) The „Open-Door"-System by Fred. Needham. (Journ. of. Ment. Sc. Jan. 1882.)

Das System der offenen Thüren habe sich bis jetzt nur in öffentlichen Anstalten, wo sich eine industrielle Beschäftigung der Kranken durchführen lasse, und in Privatanstalten nur da bewährt, wo, wie z. B. in Sanghton Hall, ein Wärter auf zwei Patienten, also ein ungewöhnlich grosses Wartepersonal vorhanden sei.

von den Steinen.

38) Ueber Irre und Irrenwesen von Dr. C. Pelman. (Centralbl. f. allg. Gesundheitspflege. 1882. 1. u. 2.)

Aus der nach vieler Richtung hin sehr lehrreichen Arbeit seien hier nur einzelne Daten aufgeführt: Von je 1000 Einwohnern in Preussen fanden sich 1871 0,48, in Würtemberg 0,83, in Frankreich 1,02, in England 1,75 in Anstalten. Preussen hatte also am wenigsten gesorgt, und wenn es auch seitdem besser geworden, so bezweifelt Verf., dass Preussen jetzt den Durchschnitt der Kulturstaaten von 0,75 pro Mille erreicht habe. Im Allgemeinen nimmt man an, dass 1 pro Mille der Bevölkerung zeitweilig oder dauernd der Anstaltspflege bedürfe. Wie mit der Eröffnung neuer Anstalten die Aufnahme steigt, zeigt die Rheinprovinz. Während dort 1875 die Aufnahmen nur 410 betrugen, erreichten dieselben 1879 in den vier neuen Anstalten 905. Von den in Siegburg vom 1. Januar 1825 bis 30. October 1878 aufgenommenen 10377 Kranken genasen 3517 (33,9 %), gebessert entlassen wurden 1164 (11,1 %). In Bezug auf das Heirathen genesener Geisteskranken bemerkt P., dass thatsächlich mindestens die Hälfte, vielleicht $^3/_5$ der Heirathsfähigen heirathe, und man kann nicht sagen, „dass das Heirathen sich als dem Bestande der psychischen Gesundheit schädlich erwiesen habe."

Für einen Theil der stets zunehmenden Zahl von Pfleglingen empfiehlt P. die Errichtung landwirthschaftlicher Kolonieen, die bis jetzt in der Rheinprovinz fehlen.

Ferner macht er mit Recht auf die in Preussen allgemein noch unzureichende Fürsorge für die Idioten aufmerksam, die, soweit sie bildungsfähig sind, eigentlich sammt und sonders in besondere Bildungsanstalten und soweit sie bildungsunfähig sind, wenigstens zu einem grossen Theile der Verpflegung in einer Bewahr- oder Beschäftigungsanstalt bedürfen.

Digitized by Google

Die Blödsinnigen der Rheinprovinz trennen sich nach Confessionen:

	blödsinnig	irrsinnig
evangelisch	1326	1128
katholisch	3797	3272
israelitisch	70	81
evangelisch	1437	847
katholisch	1346	884
israelitisch	1826	1697,

also ein bedeutender Ueberschuss zu Ungunsten der Israeliten. Dasselbe ergiebt sich bei Blinden und Taubstummen.

In Bezug auf das Geschlecht ergiebt die Statistik, dass das männliche Geschlecht der Idiotie mehr ausgesetzt ist als das weibliche, während bei den Irren die Zahl beider Geschlechter nahezu gleich ist.

In Bezug auf Aetiologie sei hier noch erwähnt, dass P. unter 434 Aufnahmen männlicher Geisteskranken in Grafenberg 94 oder 22 % Trinker fand (Nasse berechnete für Siegburg 27 %). M.

III. Aus den Gesellschaften.

In der Breslauer medicinischen Section, Sitzung vom 17. Februar 1882, sprach Prof. Berger: **Ueber diabetische und nephritische Neuralgien.**[1]

Braun hat zuerst i. J. 1868 auf das Vorkommen von Zucker im Harn bei Ischias die Aufmerksamkeit gelenkt; ähnliche Beobachtungen sind später von Eulenburg und Rosenstein mitgetheilt worden. In diesen Fällen war aber immer nur von einer vorübergehenden Melliturie die Rede, nicht von einem wirklichen Diabetes; mit der Ischias verschwand auch der Zuckergehalt des Urins. Eine Reihe experimenteller Thatsachen kann zur Erklärung dieser Form von Glycosurie herbeigezogen werden. Unter „diabetischen" und „nephritischen" Neuralgien versteht der Vortragende neuralgische Zustände, bei welchen der Diabetes mellitus, resp. die Nephritis — wobei er nur die unter dem Namen der Schrumpfniere bekannte Form von chronischer Nephritis im Sinne hat — die primäre und essentielle Erkrankung, die Neuralgie dagegen nur ein Symptom derselben darstellt. Dabei handelt es sich nicht um unbestimmte „rheumatoide" oder „neuralgiforme" Schmerzen, sondern um echte Neuralgien, mit allen dieser Krankheitsform zukommenden nosographischen Merkmalen. Die Neuralgie kann für lange Zeit die einzige im Vordergrund stehende Gesundheitsstörung sein, während das Grundleiden keine wesentlichen Erscheinungen veranlasst, und sich somit der Diagnose entzieht. Darin eben liegt die diagnostische Bedeutung dieser Form von symptomatischer Neuralgie. Während die Literatur einzelne ausführlich mitgetheilte Fälle von diabetischer Neuralgie aufzuweisen hat (Worms und neuerdings Drasche), scheinen analoge Beobachtungen hinsichtlich der Nephritis nicht zu existiren. Bartels bemerkt im Anschluss an die Besprechung der in manchen Fällen als erste Krankheitserscheinung auftretenden Anfälle von Kopfschmerzen, dass ihm viel seltener neuralgische Schmerzanfälle in anderen Nervenbahnen vorgekommen sind, so dass er zweifelhaft geblieben ist, ob er diese vereinzelten Anfälle in ursächlichen Zusammenhang mit dem Nierenleiden bringen dürfe. Berger's eigene Erfahrungen betreffen 21 Fälle, von welchen 12 dem Diabetes und 9 der Nephritis

[1] Das Wesentliche dieses Vortrages hatte Prof. Berger bereits in einer Sitzung des schles. irrenärztlichen Vereins am 21. Mai 1881 mitgetheilt.

Digitized by Google

angehören. In sämmtlichen Beobachtungen wurde erst auf Grund der neuralgischen Beschwerden das eigentliche Leiden erkannt. Hinsichtlich der Localisation der Neuralgie ist eine auffallende Prävalenz des Plexus ischiadicus bemerkenswerth. (In 12 Fällen.)

Die wichtige Frage, ob die in Rede stehenden neuralgischen Affectionen gewisse Besonderheiten darbieten, ist B. geneigt, zu bejahen und bespricht im Einzelnen folgende Eigenthümlichkeiten: 1) die Spontaneität der Erkrankung. Das genaueste Krankenexamen giebt keinen Anhalt für die Entstehung der Neuralgie. 2) die Beschränkung der Neuralgie auf einzelne Endäste des Plexus ischiadicus. (Neuralgia suralis, plantaris.) 3) die Neigung zu symmetrischer Verbreitung. 4) die ausserordentliche Atrocität und die lange Dauer der neuralgischen Anfälle, sehr ähnlich dem Verhalten der spinalen Neuralgie, bei Läsionen der Hinterstränge. 5) das auffallende Hervortreten vasomotorischer Erscheinungen im Gebiete der neuralgisch afficirten Nerven. 6) die Resistenz gegen die gewöhnlichen Behandlungsmethoden. 7) die Besserung durch die antidiabetische Behandlung, resp. Regelung der Diät einerseits, und durch ein tonisirendes Verfahren andererseits.

Der Zuckergehalt bei den einzelnen Kranken schwankte zwischen 1,9 bis 6,7. Im Allgemeinen steht die Intensität der Neuralgien in geradem Verhältniss zur Grösse desselben. Die nephritischen Neuralgien betrafen sämmtlich Kranke in vorgerückten Stadien, welche die charakteristischen Veränderungen des Circulationsapparates darboten, und 6 von 9 Fällen sind bereits ihrem Leiden erlegen. Gegenüber Drasche, welcher die Ursache der Neuralgien beim Diabetes in einer toxischen Einwirkung des Zuckers auf die peripherischen Nerven zu finden glaubt, ist B. mehr geneigt, einen centralen Ursprung anzunehmen und die nephritische Neuralgie in die Klasse der urämischen Symptome zu zählen. Wenngleich zur zuverlässigen Begründung der letzteren noch ein grösseres Beobachtungsmaterial erforderlich ist, um den Einwand einer zufälligen Coïncidenz mit Sicherheit auszuschliessen, so dürfte es doch geboten erscheinen, bei jeder hartnäckigen Neuralgie neben dem Diabetes, auch die Möglichkeit einer chronischen Nephritis in Erinnerung zu haben.

Aus der Société de Biologie. Sitzung vom 11. Februar 1882.)

S. Arloing studirte an Thieren (Einhufern), bei welchen Sympathicus und Vagus am Halse getrennt verlaufen, die Einwirkung beider auf die Gefässe des Kopfes resp. des Gebietes der Carotis. Auf Galvanisation des oberen Endes des Halssympathicus — nur einige Sekunden lang — trat eine rapide aber nicht anhaltende Zunahme des Blutdrucks in der Carotis ein und allmähliche Abnahme der Geschwindigkeit des Blutes; bald darauf wieder Zunahme der Geschwindigkeit und zuletzt wieder volle Durchgängigkeit der Capillaren. — Durchschneidet man bei übrigens gleicher Versuchsanordnung den Vagus, so treten die angegebenen Erscheinungen alle rascher und stärker ein (bis zum Blutstillstand), und die Gefässconstriction dauert viel länger.

Arloing erschliesst daraus, dass der Vagus als Antagonist des Sympathicus in Bezug auf die Kopfgefässe functionirt, und erklärt sich seine Wirksamkeit folgendermaassen: Wenn in Folge von Sympathicus-Wirkung Gefässverengerung im Carotidengebiete und dadurch Druckerhöhung eintritt, so reizt letztere die endocarditischen Vagusfasern; letztere lösen reflectorisch vom vaso-dilatatorischen Centrum des Bulbus aus eine Gefässerweiterung im Carotisgebiete aus.

Jedenfalls darf man bei Thieren, wo Vagus und Sympathicus am Halse nicht zu isoliren sind, die auf Reizung dieses gemeinsamen Nervenbündels eintretenden vasomotorischen Wirkungen nicht mehr ausschliesslich auf den Sympathicus beziehen.

Hadlich.

Digitized by Google

IV. Bibliographie.

The diagnosis of diseases of the spinal cord by Gowers. London 1881. 84 Seiten.

Das in zweiter Auflage vorliegende Werkchen von Gowers beabsichtigt den englischen Collegen eine kurze Uebersicht über die Erkrankungen des Rückenmarks und vor allem über die zur genaueren Diagnose nöthigen Einzelheiten zu geben.

Nach einer kurzen Darstellung der Anatomie mit besonderer Berücksichtigung der langen auf- und absteigenden Bahnen des Rückenmarks, folgt eine Darstellung der normalen und pathologischen Physiologie, worin besonders die verschiedenen Reflexe in Bezug auf ihre Bahnen einer genauen Betrachtung unterworfen werden. Was die Hautreflexe betrifft, so macht G. noch auf einige aufmerksam, welche bisher in Deutschland weniger Beachtung gefunden haben, auf einen Glutaealreflex hervorzurufen von der Haut der Glutaealgegend, auf einen Reflex in den oberen Partien des M. rectus abdominis, bei Streichen über die Seitengegend des 5—6. Intercostalraumes und auf den Scapularreflex, der für gewöhnlich nur im Teres, in manchen Fällen auch in mehreren Scapularmuskeln auftreten soll.

Es folgt dann ein ausführliches Capitel über die Sehnenreflexe, auf welches näher einzugehen wir deshalb nicht versäumen möchten, weil Verf. über die Entstehung dieses Phänomen mit den meisten deutschen Forschern sich in Widerspruch befindet. Nachdem G. die verschiedenen Erscheinungsweisen der einzelnen, von den Sehnen hervorzurufenden Zuckungen genauer dargestellt und vor allem hervorgehoben, dass ein gewisser Grad von Spannung der Muskeln dazu nothwendig ist, ja dass bei Spannung des M. gastrocnemius durch Empordrücken der Zehen, schon ein Schlag auf die Peronaeusmusculatur zur Demonstration des Achillessehenreflexes genügt, wobei ein Reiz die Sehne in keiner Weise treffen soll (?), glaubt er sich zunächst entschieden dagegen aussprechen zu müssen, dass die Zuckung von den sensibeln Nerven der Sehne aus hervorgerufen werde. Indem er aber weiter erwägt, welches Zeitintervall nothwendig ist von dem Schlage bis zur Zuckung und dieses in Vergleich zieht mit der gewöhnlich angenommenen Leitungsgeschwindigkeit der Nerven, glaubt G. von der Annahme eines reflectorischen Vorgangs absehen zu müssen.

Schon früher hatte der Verf. das Intervall beim Klopfen auf die Achillessehne auf $^1/_{31}$ einer Sekunde berechnet, beim Beklopfen der Patellarsehne rechnet er $^1/_{25}$ bis $^1/_{31}$, ja vielfach nicht mehr als $^1/_{40}$. Indem er sodann an die Tschirjew'schen Experimente über Tonus der Muskeln anknüpft, glaubt er die Sehnenreflexe als einigermaassen mit diesem verbunden ansehen zu müssen und schlägt desshalb an Stelle des seitherigen Namens vor, sie Sehnen-Muskelphänomene zu benennen.

Aehnliche Anschauungen sind in neuerer Zeit auch bei uns von Eulenburg ausgesprochen worden, der ebenfalls durch Messung mittelst graphischer Methoden die Latenzdauer des Patellarphönomens bei gesunden erwachsenen Personen mit äusserst vereinzelten Ausnahmen nicht über $^2/_{62}$ Sekunde fand, ja unter pathologischen Verhältnissen eine solche von $^1/_{62}$ Sekunde konstatirte. Indem nun Eulenburg die Fortpflanzungsgeschwindigkeit im Nerven mit 39,9 Meter annimmt, glaubt er, dass für die meisten Fälle das Intervall nicht genüge, um einen reflektorischen Vorgang anzunehmen.

Diese Untersuchungen sind von hohem Interesse und ich bin überzeugt, dass ihre Fortsetzung nach den verschiedensten Richtungen uns mit einer Reihe wichtiger Aufschlüsse über die Leitung in den Nerven sowohl, als in den Centralorganen des Menschen bereichern werden. Aber von einer beweisenden Kraft betreffs des nicht-reflektorischen Charakters der Sehnenreflexe kann desshalb keine Rede sein, weil die Leitungsgeschwindigkeit von 33,9 Meter in der Sekunde nicht als

Digitized by Google

richtig angenommen werden kann. Allerdings haben Helmholtz und Baxt in ihrer ersten Arbeit über die Leitungsgeschwindigkeit in den motorischen Nerven des Menschen durchschnittlich 39,9 Meter in der Sekunde gefunden, in einer zweiten weiteren Arbeit, bei welcher das Pendelmyographion benutzt wurde, fanden sie indessen die Zahlen ebenso wie in den sensibeln Nerven zwischen 30 bis 90 Meter in der Sekunde schwankend. Da also die Leitungsgeschwindigkeit der Nerven nahezu um das dreifache grösser sein kann und wohl meist in der Blutwärme ist, so dürften die Zahlen von Gowers und Eulenburg nicht genügen, die Anschauungen über die reflektorische Natur der Sehnenreflexe zu erschüttern, zumal alle anderen Beobachtungen, wie das Auftreten gleichzeitiger gekreuzter Reflexe bei manchem Hemiplegischen, die Nothnagel'schen Hemmungsphänomen bei Hautreizen und eine Reihe anderer klinischer Thatsachen, selbst bei fehlenden Experimentaluntersuchungen die Entstehung auf reflektorischem Wege ausser Frage zu stellen scheinen.

Ueber die weiteren Capitel kann ich mich kürzer fassen. Sie bringen viele interessante Details, die indessen durch die deutschen Lehrbücher genügend bekannt sind. Nützlich für ein Lehrbuch scheint mir entschieden eine schematische anatomische Zeichnung zu sein, welche das Rückenmark in dem sagittal eröffneten Kanal mit dem Verlauf sämmtlicher Wurzeln und der Bezeichnung ihrer Funktion darstellt.

In der Tabes-Syphilisfrage spricht sich Verf. für einen gewissen Zusammenhang beider entschieden aus. Das Procentverhältniss vorausgegangener Syphilis beträgt bei seinen Tabesfällen 70 pCt. Auch manche Fälle von Muskelatrophie sollen in ätiologischem Zusammenhang mit Lues stehen. Den Schluss des Werkchens bilden einige ausgewählte Krankengeschichten, bei welchem zum Theil auf Grund genauer Ermittelung der verschiedenen Haut- und Sehnenreflexe eine möglichst genaue Localdiagnose gestellt wird. Diese praktische Zugabe wird dem Arzt sicher eine gute Anleitung zur diagnostischen Beurtheilung eines Krankheitsfalles sein. Und das soll der Zweck des Büchleins sein, dem es sicher gerecht wird.

Die Ausstattung desselben ist vorzüglich. Es wäre wünschenswerth, dass unsere Verleger in dieser Beziehung von den englischen Nachbarn noch viel lernten.

Rumpf.

V. Vermischtes.

Im L'Encéphale (1881. Nr. 4) bespricht Prof. Ball in einer klinischen Eröffnungsvorlesung die sociale und rechtliche Stellung der Geisteskranken. Die Gesellschaft hat einestheils das Recht, sich vor den Gefahren, die ihr von Seiten der Irren drohen, zu schützen, andrerseits die Pflicht, für diese Kranken zu sorgen. B. erwähnt die Verdienste der religiösen Körperschaften um die Geisteskranken zu einer Zeit, in welcher die Gesellschaft sich noch nicht um sie kümmerte. (Bekanntlich werden jetzt die französischen Krankenanstalten laïsirt.) Alles, was später für die Irren geschehen ist, ist das Verdienst der Aerzte. Die Aerzte bewirkten, dass die Ketten verschwanden und dass die Irren als Kranke anerkannt wurden. Die Einschliessung in den Asylen ist zur Behandlung nothwendig. („Der Portier ist der wichtigste Angestellte in einer Irrenanstalt, und wenn in Folge des Opendoor-Systems zufällig einige Morde passirt sind, wie mit unverwüstlichem Ernst ein schottischer Autor schreibt, so ist das doch eine nicht unbedenkliche Grille!") Der Aufnahmsmodus ist für die Anstalten gesetzlich geregelt und die fortwährenden Angriffe auf die Aerzte Seitens des Publikums und der Presse wegen Freiheitsberaubung, gehen meist von halben Geisteskranken aus. Man sollte lieber in den Familien nachforschen, wo die der Umgebung lästigen Kranken so häufig in irgend einem Winkel des Hauses eingesperrt werden. — Es folgt dann eine kurze Excursion auf das Gebiet der civil- und strafrechtlichen Beziehungen.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. April. No. 7.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber den Einfluss des galvanischen Stroms auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Menschen von **A. Waller** u. **A. de Watteville.** — 2. Weiterer Nachtrag zu der Mittheilung über die Geschmacksfasern der Chorda in Nr. 4 d. Bl. von Prof. Dr. **W. Erb.** — 3. Zur Localisation saturniner Lähmungen der Unterextremitäten von Dr. **E. Remak.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Note sur le plexus fondamental de l'utérus von **G. Rein.** — Experimentelle Physiologie. 2. Thierversuche über zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe von Dr. **W. Bechterew.** — Pathologische Anatomie. 3. De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants von Prof. **I. Parrot.** 4. Atrophie sénile symétrique des pariétaux par **Ch. Féré.** 5. Etude sur l'hématome de l'oreille par **A. Sockeel.** 6. De la dégéneration et de la régéneration du Cylindre-Axe et des autres éléments des fibres nerveuses dans les lésions non traumatiques par Dr. **George** et **Frances-Elisabeth Hoggan.** — Pathologie des Nervensystems. 7. On Syphilitic Paralysis of the Facial, Spinal Accessory and Hypoglossal Nerves von **Broadbent.** 8. On the true Nature of Tetanus von **E. Reichert.** 9. Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes von **Fr. Riegel.** 10. The Phenomena of Convulsion von **Charles Mencien.** 11. Tumeur du pédoncule cérébral droit et de l'eminentia teres du même côté; hémiplégie et hémiparésie gauches; — Paralysie du moteur commun gauche von **Mathieu.** — Psychiatrie. 12. Considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe par **M. Ball.** 13. Sur certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours des nephrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie par Dr. **Raymond.** — Therapie. 14. Sur un cas de rage humaine traité par le Hoang-Nan par **M. Gingeot.** 15. Ergotin in der Paralysis saturnina nach **Stites.** 16. Zur Behandlung des Schreibe- und Klavierkrampfes von Dr. **Th. Schott.** — Anstaltswesen. 17. Communication relative au traitement des aliénés dans les maisons privées von Dr. **Peters.** — Anhang. 18. Krankheiten des Nervensystems bei Thieren von Dr. **Roloff** u. Dr. **W. Schütz.**

III. **Aus den Gesellschaften.**

IV. **Bibliographie.** 1. **Seeligmüller,** Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus. 2. **Gowers,** Epilepsy and other chronic convulsive diseases: their causes, symptoms ann treatment.

V. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber den Einfluss des galvanischen Stroms auf die Erregbarkeit der motorischen Nerven des Menschen.

Vorläufige Mittheilung von **A. Waller** und **A. de Watteville** in London.[1]

Der gegenwärtige Stand unseres Wissens, betreffend die Erregbarkeits-Veränderungen, welche durch das Einleiten eines galvanischen Stroms in einen

[1] Unter diesem Titel haben die Verfasser der „Royal Society of London" eine Abhandlung übergeben, von welcher ein Auszug am 16. Februar 1882 gelesen wurde. In Erwar-

Digitized by Google

motorischen Nerven des Menschen bewirkt werden, lässt viel zu wünschen übrig (cf. v. Ziemssen, Electricität in d. Med. 4. Aufl.).

Dies ist z. Th. die Schuld der ungenügenden Methoden, welche man bisher anwendete, um die Grösse der Muskelcontractionen zu bestimmen, welche als Maassstab für diese Veränderungen dienen müssen, z. Th. aber auch die Schuld der verwickelten Bedingungen, welchen derartige Experimente unterliegen, wenn sie am lebenden Menschen an Nerven ausgeführt werden sollen, welche in andere Gewebe eingebettet liegen.

Erb ist der einzige Beobachter, welcher die Wichtigkeit des Helmholtz'schen Fundamentalsatzes genügend gewürdigt hat: dass nach den Gesetzen der Stromvertheilung in der Nachbarschaft eines jeden über dem Nerven applicirten Poles, sich ein Pol von dem entgegengesetzten Vorzeichen im Nerven findet. Die Richtigkeit dieses Grundsatzes wird illustrirt durch Erb's Experimente über polaren und peripolaren Electrotonus, und unsere eigenen Untersuchungen bestätigen seine Angaben im Gegensatz zu Eulenburg und Anderen. — Sie ist ferner experimentell zu beweisen durch das Auftreten, sowohl von Schliessungs- wie Oeffnungszuckungen, wenn irgend eine der Elektroden sich über dem Nerven befindet. Es ist dann leicht zu beobachten, dass die bei der Schliessung des Stromes erregten Muskeln nicht dieselben sind, wie die bei der Oeffnung erregten, und daraus der Schluss zu ziehen, dass der anelectrotonische und katelectrotonische Zustand beide vorhanden sind, aber an verschiedenen Stellen des Nerven. — Es ist deshalb klar, dass alle Versuche, die Gesetze des Elektrotonus für den menschlichen Nerven, durch Prüfung in einiger Entfernung von der polarisirenden Elektrode, festzustellen, Resultate geben müssen, die unmöglich zu controliren sind, besonders wenn wir uns der bisher noch nicht betonten Thatsache erinnern, dass die Vertheilung des prüfenden Stromes selbst, und die daraus folgende Unsicherheit über den genaueren Punkt im Nerven, an welchem der Reiz angreift, die Fehlerquellen erheblich vermehrt.

Deshalb ist der einzige Weg um ein genaues Zusammenfallen der Stellen für die Polarisation und der Stellen für die Reizung herbeizuführen, der, den polarisirenden und prüfenden Strom in einen Kreis zu vereinigen.[1] — Wenn

---

tung der Veröffentlichung der ausführlichen Abhandlung beschränken sich die Verff. in der vorliegenden Mittheilung auf die in dem Auszug enthaltenen Thatsachen, mit Hinzufügung einiger allgemeiner Bemerkungen.

[1] Runge's wohlbekannte Argumente gründen sich wesentlich auf zwei Annahmen:

1) Electrotonus kann am Menschen nicht nachgewiesen werden durch mechanische Reize — das ist falsch!

2) Wenn die zwei in einen Kreis vereinigten Ströme einander entgegengesetzt sind, so zeigt sich immer Verminderung des Effects — und das widerspricht ebenfalls den Thatsachen: man nehme z. B. einen secundären faradischen Strom, der noch gerade ungenügend ist eine Contraction auszulösen, wenn der positive Pol sich am Nerven befindet und schalte in den Kreis eine galvanische Batterie ein, deren Strom in entgegengesetzter Richtung zum faradischen Strom fliesst; verstärkt man diesen Strom von Element zu Element, so wird bald ein Punkt erreicht, bei welchem Contraction eintritt. Auf diese Frage kommen wir später noch zurück.

Digitized by Google

der faradische Strom zum Prüfen benutzt wird, so geschieht dies einfach so, dass die secundäre Spirale in den polarisirenden Strom-Kreis eingeschaltet wird. Wenn Schliessung und Oeffnung eines galvanischen Stromes als Prüfungsmittel benützt werden, dann ist ein doppelter HELMHOLTZ'scher Schlüssel so anzuordnen, dass er erlaubt, den prüfenden Strom in den polarisirenden Stromkreis einzuführen und ihn zu unterbrechen, ohne dass dieser geöffnet wird; wenn mechanische Reize angewendet werden, müssen dieselben durch die polarisirende Elektrode selbst übertragen werden.[1] Niemals wird mehr als eine Elektrode über dem Nerven applicirt, die andere ist indifferent.

Die Fehlerquellen sind bei Experimenten am lebenden Menschen sehr zahlreich; dieselben liegen in Veränderungen der Widerstände und der Polarisation an den Elektroden und in den Geweben, in Veränderungen der Nervenerregbarkeit durch vorausgehende Reize u. s. w. Für die Beschreibung der Vorsichtsmassregeln, welche, um sie zu vermeiden, angewendet wurden, verweisen wir den Leser auf die ausführliche Mittheilung unserer Versuche.

Während der sechs Monate, über welche sich unsere Arbeit ausdehnte, haben wir nie unterlassen, jede Contraction auf einen rotirenden Cylinder nach der Methode von MAREY aufzuschreiben; wir häuften so eine grosse Menge von Material an, auf welche wir unsere Schlussfolgerungen gründen.[2]

Das Endergebniss unserer Erfahrungen, mit Rücksicht auf solche Versuche am lebenden Menschen, ist, dass die mit der nöthigen Sorgfalt erhobenen Resultate in bemerkenswerther Weise gleichförmig und entscheidend sind. — Dies wird aus den zahlreichen Curven hervorgehen, welche unserer Abhandlung beigegeben sind.

Wir deuteten die erhaltenen Erscheinungen mit Zuhülfennahme der folgenden Vordersätze:

1) Wenn eine Elektrode auf die Haut über einen Nerven applicirt wird, dann sind zwei Reihen von polarisirten Punkten in dem Nerven entwickelt, die eine Reihe, mit demselben elektrischen Vorzeichen, wie die Elektrode und unmittelbar unter derselben, bildet die polare Zone, die andere Reihe, in einem veränderlichen Abstand von der ersten, von entgegengesetztem elektrischen Vorzeichen, bildet die peripolare Zone.

---

[1] Der Nervus ulnaris am Ellenbogen kann auf mechanische Weise bei den meisten Individuen erregt werden, freilich ist etwas Uebung erforderlich, um gute Resultate zu erhalten. — Die Elektrode ist über dem günstigsten Punkte fixirt und darauf werden gleichmässige Schläge mit einem Hammer geführt, um regelmässige Contractionen in den Arm- und Handmuskeln zu erzielen. Die Elektrode wird dann zur An oder Ka eines galvanischen Stromes von 14—30 Elementen gemacht. Die Effecte, wie wir sie verschiedenen competenten Beurtheilern demonstrirten, welche an unseren Experimenten theilnahmen, sind so ausgesprochen, dass sie nicht den mindesten Zweifel über die Existenz der Erscheinungen lassen, trotz der anscheinend etwas rohen Verfahrungsweise.

[2] Wir benutzten einerseits die Methode der Minimalzuckung, andrerseits und vorwiegend die der Veränderung des Reizeffectes bei gleichbleibenden Reizen.

Digitized by Google

2) Die Dichtigkeit in der polaren ist grösser, als in der peripolaren Zone.

3) Die Vertheilung inducirter Ströme gehorcht denselben Gesetzen, wie die der galvanischen Ströme; der Erregungsvorgang bei Schliessung resp. Oeffnung des Stromes fällt in die Kathoden- resp. Anodenzone, ein Inductionsschlag erregt wie eine galvanische Schliessung, d. h. nur in der Kathodenzone.

Unsere Resultate sind nun kurz folgende:

I. Während des Fliessens des galvanischen Stroms ist die (polare oder peripolare) Kathodenzone in einem Zustand gesteigerter Erregbarkeit, die (polare oder peripolare) Anodenzone in einem Zustand herabgesetzter Erregbarkeit.

II. Bei Steigerung der Stärke eines polarisirenden Stromes über ein gewisses Maass hinaus, scheint eine Invasion der anelektrotonischen durch die katelektrotonische Region (im physiologischen Sinne) stattzufinden.[1] Wenn z. B. ein Nerv mit der faradischen Anode gereizt wird, und dieser Reiz in der peripolaren Zone eines mässig starken galvanischen Stromes applicirt wird, der in der entgegengesetzten Richtung fliesst (Kathode am Nerven eingeschaltet), so ist diese peripolare Zone anodisch, folglich Verminderung oder Aufhebung des Reizeffectes zu constatiren; aber wenn der polarisirende Strom nach und nach verstärkt wird, erscheinen die Contractionen wieder, wachsen und erreichen eine grössere Höhe als normal.

III. Wenn der Strom nach hinreichender Polarisation unterbrochen wird, macht die vorhandene Erregbarkeitssteigerung in der katelektrotonischen Gegend einer deutlichen Herabsetzung der Erregbarkeit Platz und diese geht dann allmählich über in eine nachfolgende Erregbarkeitssteigerung von erheblicher Dauer (z. B. $1^1/_2$ Stunden), auf der andern Seite macht die vorhandene Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit in der anelektrotonischen Zone unmittelbar einer Steigerung der Erregbarkeit Platz, welche sehr ausgesprochen und von langer Dauer ist. (Die Thatsache der sogenannten VOLTA'schen Alternativen fällt in das Gebiet der Nachwirkungen des galvanischen Stromes, aber für den Augenblick beschränken wir uns darauf, zu sagen, dass BRENNER's Ausspruch über dieselben unbegründet ist. Die sensiblen Nerven bieten bis zu einem gewissen Grade dieselben Erscheinungen von Elektrotonus dar, wie die motorischen. Diese und andere hierher gehörige Dinge werden Gegenstand einer spätern Mittheilung sein.)

---

[1] Hier ergiebt sich natürlich die Frage, ob diese anscheinende Invasion des Katelektrotonus in den Anelectrotonus (das Gegentheil von dem, was in der intrapolaren Region am Froschnerven stattfindet) das frühe Auftreten von KaSTet. im menschlichen Nerven erklärt, aber wir enthalten uns aller Vermuthungen über diesen Gegenstand.

Digitized by Google

2. Weiterer Nachtrag zu der Mittheilung über die Geschmacksfasern der Chorda in Nr. 4 d. Bl.

Von Prof. Dr. **Wilh. Erb** in Leipzig.

Der Kranke, Herr W., dessen Geschichte ich l. c. mitgetheilt habe, ist unterdessen unerwartet rasch (unter öfteren Ohnmachtsanwandlungen, zunehmender Schwäche, Stumpfheit, Sopor und Coma) Ende Februar d. J. in Aachen gestorben. Die Section, welche äusserer Umstände wegen nur in unvollkommener Weise ausgeführt werden konnte, lieferte die erwünschte Bestätigung der Diagnose, insofern als sich in der That eine erhebliche Veränderung in der mittleren Schädelgrube zeigte, welche ja für unsere Schlussfolgerungen das Wesentlichste ist. Ich entnehme den Mittheilungen des Herrn Geh. Rath Dr. G. Mayer in Aachen, für welche ich demselben zu lebhaftem Danke verpflichtet bin, in Kürze folgendes: „In der mittleren Schädelgrube rechts ein chronisch-entzündlicher Prozess, durch welchen Periost, Dura und Pia, mit den eingelagerten Nerven zu einer derben, schwer lösbaren Masse umgewandelt und vereinigt sind. Der rechte Schläfenlappen adhärirt dieser Masse so fest, dass er nur mit Hinterlassung kleiner Stücke losgetrennt werden kann; er ist in seinem vordern untern Theil in einen grossen, mit gelbweissem, zerfliessenden Brei erfüllten Erweichungsherd umgewandelt. An den Arterien des Gehirns keine makroskopische Veränderung; specifisch luetische Produkte wurden nicht gefunden."

Sicher ist also jedenfalls, dass, worauf es hier ankommt, der Trigeminus an der Schädelbasis erkrankt war.[1]

---

3. Zur Localisation saturniner Lähmungen der Unterextremitäten.

Von Dr. **Ernst Remak,** Privatdocent in Berlin.

Gegenüber der wohlbekannten, fast regelmässigen Localisation und Reihenfolge der bei Saturnismus an degenerativ-atrophischer Lähmung erkrankenden Oberextremitätenmuskeln glaubte ich[2] seiner Zeit für die ausserordentlich viel selteneren analogen atrophischen saturninen Unterextremitätenlähmungen auf Grund allerdings vereinzelter Angaben von Tanquerel des Planches, M. Meyer, Erb und zwei eigener Fälle gleichfalls als „Typus" der Bleilähmung hier degenerative Lähmung der Mm. peronei und nächstdem der Extensores digitorum longi aufstellen, dem M. tibialis anticus aber eine ähnliche relative Immunität vindiciren zu sollen, wie sie vom Supinator longus am Vorderarm feststeht. Noch

[1] Ich ergreife diese Gelegenheit, um zu sagen, dass ich den dritten von mir mitgetheilten Fall (in No. 5 d. Bl.) bereits früher einmal in einer Anmerkung zu meiner Arbeit „über rheumat. Facialislähmung" (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XV) erwähnt habe, was ich zu meinem grossen Bedauern zu spät bemerkte. E.

[2] E. Remak, Zur Pathogenese der Bleilähmungen. Arch. f. Psych. u. Nervenkrankheiten. 1875. Bd. VI. S. 41.

Digitized by Google

neuerdings habe ich[1] diese auch von Bernhardt[2] und Eisenlohr[3] bestätigte Localisation als die regelmässige beschrieben. Dem gegenüber dürfte folgende neuere Beobachtung zunächst von casuistischem Interesse sein.

Der 33jährige Schriftgiesser St., aufgenommen den 30. März 1880, seit 1860 in seiner Profession beschäftigt, hat 1867 und 1869 Bleikolik überstanden. Anfang November 1879 erkrankte er nach allgemeiner Mattigkeit an Delirien mit Verlust des Bewusstseins für 5—6 Tage, ohne dass Abusus spirituosorum voraufgegangen war (Encephalopathia saturnina). Als er wieder zu sich kam, bemerkte er allmählich immer noch zunehmende Schwäche der Füsse, seit Mitte December auch der Strecker der Finger und des Handgelenks beiderseits, welche seit Anfang Februar keine weiteren Fortschritte gemacht haben soll.

Bei der Aufnahme constatirte ich Cachexia saturnina, Bleirand am Zahnfleische, an den Oberextremitäten eine die Deltoidei nur wenig, dagegen sämmtliche Strecker der Finger und einzelne Streckmuskeln des Handgelenks schwer betheiligende typische Bleilähmung, deren Details ich übergehe. Beiläufig sei nur bemerkt, dass innerhalb der Beobachtung die Gubler'sche Sehnenscheidenanschwellung am Rücken des Handgelenks in exquisiter Entwickelung auftrat und binnen weniger Wochen wieder zurückging.

An der rechten Unterextremität besteht als Complication, angeblich im zweiten Lebensjahre durch Fall entstanden, eine nicht reponirte Luxation des Hüftgelenks mit Verkürzung des Beines um 2—3 Centimeter und ziemlich starker Abmagerung der Oberschenkelmuskeln, infolge welcher Affection Patient von jeher stark gehinkt hat. Aber auch abgesehen davon lässt die genauere Beobachtung eine deutliche Störung des Ganges beim Abwickeln der auffallend nach auswärts gesetzten Füsse erkennen; auch ist die Erhebung und das Stehen auf den Fusszehen unmöglich.

Man constatirt an den Unterextremitäten leichte motorische Schwäche in toto. Die auffallendste Störung ist aber, dass, während die Supination der Füsse beiderseits und rechts auch die Pronation gut von Statten geht, bei der Dorsalflexion derselben sich nur die Peronei und Extensores digitorum kräftig zusammenziehen, dagegen der Contur des M. tibialis anticus völlig ausfällt. Bei der Plantarflexion werden die Zehen kräftig gebeugt, während die Contraction der Wadenmuskeln sehr gering ist.

Die elektrische Untersuchung der Nn. peronei ergiebt, dass dieselben für nicht wesentlich höhere Stromstärken beider Stromesarten ansprechen als die Nn. ulnares am Oberarm, dass aber auch bei stärksten Strömen immer nur Contraction der Abductoren des Fusses und der Strecker der Zehen eintritt, dagegen die Mm. tibiales antici beiderseits sich nicht contrahiren, deren directe Erregbarkeit ebenfalls für beide Stromesarten erloschen ist. Während also in diesen Muskeln die vermuthete Entartungsreaction für galvanische Reizung nicht con-

[1] Artikel Bleilähmung der Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde. 1880. Bd. II. S. 262.

[2] Arch. f. Psych. 1877. Bd. VII. S. 325.

[3] Deutsches Arch. f. klin. Med. 1880. Bd. XXVI. S. 544.

Digitized by Google

statirt werden kann, ist dieselbe beiderseits im Triceps surae nachweisbar, welcher für die faradische Reizung nur äusserst geringe Spuren von Contractionen erkennen lässt und bei der in den Flexoren der Zehen und auch im Tibialis posticus wenigstens rechts äusserst wirksamen Reizung des N. tibialis (in der Kniekehle) ebenfalls nur spurweise sich an der Contraction betheiligt. Im Uebrigen ist die elektrische Erregbarkeit in den Unterextremitäten bis auf die der Inactivitätsatrophie entsprechende Herabsetzung der Erregbarkeit der rechtsseitigen Oberschenkelmuskeln normal und namentlich nirgends sonst Entartungsreaktion zu ermitteln.

Im Verlaufe einer bis zum September 1880 fortgesetzten galvanischen Behandlung besserten sich sowohl in den Ober- als in den Unterextremitäten die Lähmungserscheinungen nur sehr langsam, so dass schliesslich allerdings spurweise Erhebung der Sehne des Tibialis anticus bei der Dorsalflexion der Füsse entdeckt werden konnte, der abnorme elektrische Befund aber der bekannten Regel entsprechend auch dann noch unverändert war.

Diese Beobachtung unzweifelhafter Bleilähmung des Unterschenkels widerlegt meine frühere Annahme einer constanten Immunität des M. tibialis anticus, wenn dieselbe auch in der Mehrzahl der bisher genauer beschriebenen Fälle beobachtet wurde. Es dürfte daher die Mittheilung dieses Falles für die Semiotik der Bleilähmungen an und für sich von Interesse sein.

Ohne abermals auf die streitige Pathogenese der Bleilähmung hier eingehen zu wollen, möchte ich noch hervorheben, dass die eigenthümliche Localisation dieser Bleilähmung völlig übereinstimmt mit derjenigen von mir[1] ausführlich beschriebener partieller atrophischer (poliomyelitischer) Spinallähmungen nicht toxischer Aetiologie sowohl bei Kindern (spinale Kinderlähmung) als bei Erwachsenen. Namentlich die im Peroneusgebiete isolirte Lähmung des M. tibialis anticus, welche schon früher von Duchenne, Volkmann, Erb, Séguin beobachtet war, habe ich in zahlreichen Fällen dieser Art beschrieben. Wenn der vorliegende Fall von Bleilähmung also zeigt, dass für dieselbe an den Unterextremitäten ein absoluter Localisationstypus nicht festgehalten werden kann, so ist weiterhin bemerkenswerth, dass auch diese unregelmässige Localisation besonders durch die Combination von Lähmung des Tibialis anticus mit auf die Wadenmuskeln beschränkter partieller Lähmung des N. tibialis sich eng anschliesst an identische Formen echter atrophischer Spinallähmungen.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Note sur le plexus fondamental de l'utérus** von G. Rein (St. Petersburg). (Comptes rendus de la Société de Biologie. 1882. No. 9.)

R. untersuchte besonders an Kaninchen, Meerschweinchen, Ratten und Mäusen. Er adoptirt die Aufstellung von Klebs, wonach Organe mit glatten Muskelfasern

[1] E. Remak, Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophien. Berlin 1879. S. 94—113. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. 1879. B. IX. S. 603—622.)

Digitized by Google

einen fundamentalen, einen intermediären und einen intramuskulären Nerven-Plexus haben. — Den fundamentalen Plexus des Uterus bilden 1) Nervenstränge vom plex. hypogastricus (oder plex. uterinus magnus); 2) Nervenfaserbündel vom dritten Sacralnerven. Beide haben in ihrem Verlaufe grössere Ganglien, während der aus ihrer Vereinigung entstandene plex. fundament. nur kleine Ganglien, aber in grosser Anzahl (bis 100) besitzt. Solche kleine Ganglien (2—3 Zellen) finden sich bis zum Ansatz der Uterushörner hinauf. Nur aus dem plex. fundament., nicht direct aus den denselben constituirenden Nervensträngen, treten Nervenfasern in das Uterusgewebe. — Die Maus besitzt ein grosses centrales Ganglion mitten im plex. fundament. — Nach unten geht der plex. fundament. ununterbrochen in den Vaginalplexus über.

Hadlich.

Experimentelle Physiologie.

2) **Thierversuche über zwangsweise Rollbewegungen um die Längsaxe** von Dr. W. Bechterew, Docenten f. Psychiatrie in St. Petersburg. (St. Petersburger med. Wochenschr. 1882. No. 6.) (Vorläufige Mittheilung aus dem klinischen Laboratorium des Prof. Mierziejewski.)

B. experimentirte nach einer in der russisch erscheinenden „Klinischen Wochenschrift", November 1881 beschriebenen Methode am Crus cerebri von Hunden vermittelst partieller Durchschneidung. Während ein Schnitt durch den äusseren Abschnitt des Crus cerebri Manège- und Kreisbewegungen nach der, der Operation gegenüberliegenden Seite ohne Veränderung in Kopfhaltung und Augenstellung hervorbringt, werden durch einen Schnitt durch den innern Abschnitt des Hirnschenkels regelmässig folgende Veränderungen hervorgerufen: Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers nach der nicht operirten Seite hin, Ablenkung der Augen in der Weise, dass das eine der nicht operirten Seite entsprechende bei verengerter Pupille nach unten und innen, das andere bei stark erweiterter Pupille nach oben und aussen gerollt wird, dazu Nystagmus des nach unten und innen abgelenkten Auges in dieser, des andern in entgegengesetzter Richtung, endlich eine veränderte Haltung des Kopfes, der Art, dass die dem nach unten und innen abgelenkten Auge entsprechende Wange gerade nach unten, die andere nach oben sieht. Die Rollbewegungen treten sofort nach der Operation ein, dauern fort bis zur Entkräftung, um dann nach 1—2 Minuten ohne äusseren Anlass wieder zu beginnen, werden durch Hindernisse nicht sistirt, indem bei Zwischentreten von solchen das Rollen an Ort und Stelle fortdauert; nur das Hängenbleiben mit den Pfoten an dem Hinderniss bringt Ruhe für einige Zeit hervor, die durch gewisse sensible Reize (Stoss, Lärm) wieder unterbrochen werden kann. Die Ruhelage ist eine Zwangslage auf der Drehungsrichtung entsprechenden Seite; Versuche, dieselbe zu ändern, bringen Widerstand und, sind sie energisch, erneuerte Rollbewegungen hervor. Wird das Thier in anderen Stellungen, als der Zwangslage festgehalten, so erfolgen partielle, analoge Zwangsbewegungen. Sensible Störungen fehlen gänzlich. Die erwähnten Veränderungen verlieren sich einige Zeit nach der Operation wieder; durch Auswärtssetzen der Extremitäten auf der Drehungsseite wird das Gleichgewicht im Stehen allmählich wiedererlangt, doch besteht noch Neigung zum Fallen und vorübergehendes Rollen fort, der Gang erfolgt noch in Form von Manège oder Kreisbewegungen in einer der anfänglichen Längsdrehung entgegengesetzten Richtung am deutlichsten dann, wenn das Thier nach einem bestimmten Ziel (z. B. einem Stück Brod) hinstrebt, es beginnen aber auch Manège und Kreisbewegungen während des ruhigen Liegens plötzlich und zwangsweise und wiederholen sich mit kurzen Ruhepausen mehrere Male. Nach Ablauf einiger Wochen kann das Thier eine bestimmte Richtung im Gehen einhalten; Seitenstellung des Kopfes und Ablenkung der Augen halten aber noch lange an, nachdem die Zwangsbewegungen bereits verschwunden sind. — Verf. vermochte Roll-

Digitized by Google

bewegungen nur durch Läsion der dem Aquaductus Sylvii benachbarten Theile des Hirnschenkels und zwar unterhalb oder etwas vor den Vierhügeln, also in der Höhle des 3. Ventrikels hervorzubringen und nimmt an, dass diese Bewegungen durch eine Läsion des vom Kleinhirn durch den oberen Theil des Hirnschenkels zu den Vierhügeln gehenden Fasern hervorgebracht werden. Emminghaus.

Pathologische Anatomie.

3) **De la dislocation des os du crâne dans la méningite chez les enfants** von Prof. I. Parrot. (Revue de méd. Févr. 1882.)

Verf. beschreibt 3 Fälle von in wenigen Tagen tödtlich verlaufender Meningitis simplex und tuberculosa bei Kindern im Alter von 9 Monaten, resp. 2 und 3 Jahren, in denen die Section ein, wie er sagt, bisher nicht beschriebenes Auseinanderweichen der Schädelknochen ergab. Dieses Auseinanderweichen war am stärksten an der Coronal- und Sagittalnath und erreichte hier die Distanz 3—4 Millimeter.

Zwischen den Knochenrändern befand sich eine blutige Flüssigkeit.

Die Zunahme des Hirngewichts in diesen Fällen zeigt folgende Tabelle:

9monatliches Kind	920 Gr.;	mittleres Gewicht	im	gesunden	Zustand	842	Differenz	78
2jähriges	„	1110 „ ;	„	„	„	„	„	1005	„	105
3 „	„	1250 „ ;	„	„	„	„	„	1140	„	110

Das Auseinanderweichen der Knochen wird bedingt einmal durch diese Zunahme des Inhalts der Schädelhöhle, dann besonders durch die rapide Entwickelung der Erkrankung, während bei langsamer eine allgemeine Vergrösserung des Schädels erfolgt, ohne die Suturen ausschliesslich zu treffen, endlich durch die Beschaffenheit des Schädels in dem Alter der „zweiten Kindheit", in dem einerseits Membranen zwischen den verschiedenen Schädelknochen nicht mehr vorhanden sind, andererseits die Suturen noch nicht die spätere Festigkeit erlangt haben. M.

---

4) **Atrophie sénile symétrique des pariétaux** par Ch. Féré. (Progr. méd. 1882. No. 8.)

Herr F. hebt bei der Beschreibung seiner Präparate hervor, dass bei beiden nicht nur die Sutur. coron. ganz vollständig persistirte und ausserdem der vordere Theil ($^1/_4$ bis $^1/_3$) der Sut. sagittal., sondern auch Theile der Stirnnath. — Der grössere, hintere Abschnitt der Pfeil- und die ganze Lambda-Nath waren verstrichen. Hadlich.

---

5) **Étude sur l'hématome de l'oreille** par A. Sockeel. (Rec. de mém. de Méd. militaire. 1881. Nov.-Dec. p. 605—653.)

Eine zusammenfassende Arbeit über das Othaematom, welche nicht viel Neues bringt. Leider kennt S. die Fürstner'sche Arbeit nur aus einem Referat, er würde sonst über Manches klarer denken und kürzer hinweggehen können. Interesse haben nur die 4 selbst beobachteten Fälle, sie betreffen Soldaten. Einer derselben war erblich belastet und etwas imbecill, er acquirirte ein rechtsseitiges Hämatom durch Trauma, während am linken Ohr kurz darauf spontan (?) eine Blutgeschwulst entstand. Das dritte Hämatom entstand bei einem gesunden Soldaten durch Trauma, nachdem derselbe vorher ein Jucken und ein Knötchen an dem betr. Ohr bemerkt hatte. Der vierte Fall betraf einen jungen Soldaten, dessen Ohr in Folge allgemeiner Urticaria geschwollen und geröthet war und stark juckte. Gekratzt will er nicht haben (doch ist es wahrscheinlich, vielleicht im Schlafe, doch geschehen). Aus seinen Schluss-

Digitized by Google

folgerungen ist nur Das bemerkenswerth, dass S. dem Othaematom in der legalen Medicin keine Bedeutung zuerkennt. Therapeutisch ist S. für Eröffnung und Verband, um die Difformität des Ohres zu verhüten.

(Auch hier in Marburg wurden in den letzten Jahren bei einem Soldaten des Jägerbataillons und bei einem Studenten Othaematome beobachtet. Beides waren gesunde Leute; der Soldat erhielt das Hämatom in Folge einer Ohrfeige und der Student das seinige auf dem Fechtboden.) Siemens.

---

6) **De la dégéneration et de la régéneration du Cylindre-Axe et des autres éléments des fibres nerveuses dans les lésions non traumatiques** par Dr. George et Frances-Elisabeth Hoggan de Londres. (Journ. de l'anatomie et de la physiologie. Janv.-Févr. 1882.)

Verff. haben eine Reihe von Untersuchungen über die Veränderungen der Nerven bei Gangrän und Lepra gemacht. Aus der grossen Reihe von Schlussfolgerungen, die sie aus diesen Untersuchungen ziehen, seien folgende hervorgehoben:

1. Bei Läsion oder nicht traumatischer Ruptur des normalen Axencylinders entfernen sich die beiden Enden von einander, indem sie sich spiralig aufrollen.

2. Diese spiralige Zurückziehung des Axencylinders geht den anderen Veränderungen in der Nervenfaser voraus.

3. Bei der Gangrän theilt sich der Axencylinder des peripheren oder degenerirten Theils der Nerven in unregelmässige Stücke von verschiedener Grösse. Es greift ein körniger Zerfall und Pseudo-Vacuolenbildung Platz; die letzteren zerreisen.

4. Die sich trennenden Fragmente des Axencylinders zerfallen, selbst wenn die Elemente der interannullären Segmente unverändert bleiben, woraus hervorgeht, dass keine Beziehung in der Ernährung zwischen dem Axencylinder und jenen Segmenten besteht; jener hängt wahrscheinlich, wie es schon Remak und Ranvier behauptet, in seiner Ernährung von der centralen Nervenzelle ab.

5. Bei der Regeneration des Axencylinders scheint die centrale spiralige Einrollung wie ein Reservematerial zu wirken und sie entrollt sich, gerade gegen die Peripherie hin und wächst weiter, ohne von dem peripherischen Theil irgend welche Unterstützung zu finden.

5. Die Körnchenkugeln, die man bei vorgeschrittenen Zuständen der Degeneration bei Präparaten, die mit Osmiumsäure behandelt sind, sieht, stammen am häufigsten aus Trümmern des Axencylinders.

6. Wenn die von den Verff. gefundenen Thatsachen nicht mit den bei Thierexperimenten erlangten übereinstimmen, so beruht dies darauf, dass letztere wegen Reizung und Zerstörung des interannullären Segments vermittelst Messer und Pincette nicht rein sind. M.

Pathologie des Nervensystems.

7) **On Syphilitic Paralysis of the Facial, Spinal Accessory and Hypoglossal Nerves** von Broadbent. (Referat in The London Med. Rec. 15. Jan. 1882.)

Krankenvorstellung in der Medical Society of London (Lancet, 5. Nov. 1881). Patientin, syphilitisch, litt vor 6 Monaten an heftigen Kopfschmerzen; es folgte vollkommene Lähmung der rechten Gesichtshälfte und Taubheit auf dem rechten Ohr. 3 Wochen später erschwertes Schlucken; dann Atrophie der rechten Zungenhälfte. Lähmung des weichen Gaumens, des rechten Stimmbandes, des Sternocleido und Cucullaris. Keine Sensibilitätsstörung. von den Steinen.

Digitized by Google

8) **On the true Nature of Tetanus** von E. Reichert. (Referat W. Murrell in the London med. Rec. 15. Jan. 1882.)

Das Original, veröffentlicht in den Philadelphia Med.-Times, 13. Aug. 1881, ist betitelt: „Krämpfe in Folge von Depression von reflexhemmenden Centren des Rückenmarks, mit besonderer Beziehung auf Krämpfe nach Apomorphin, Strychnin und anderen Giften." R. constatirte bei Thieren, die mit Apomorphin vergiftet waren, zunächst einen Zustand von Leblosigkeit, während dessen durch keine Reize Reflexe ausgelöst werden konnten; plötzlich aber folgte eine enorme Hyperästhesie, welche die leichteste Berührung mit tetanischen Convulsionen beantwortete. Da er ferner sah, dass Apomorphin sowohl auf die sensorischen und motorischen Nerven, als auch auf das Rückenmark stets herabstimmend wirkte, und dass auch nach Durchschneidung des letzteren im Brusttheil die Convulsionen im unteren Körper auftraten, nimmt er zur Erklärung eine Einwirkung auf hypothetische Reflexe hemmende Centren im Rückenmark an. von den Steinen.

---

9) **Zur Lehre von den Motilitätsneurosen des Kehlkopfes** von Fr. Riegel. Aus der medicin. Klinik in Giessen. (Berl. Klin. Wochenschr. 1881. No. 50 Sep.-Abdr.)

Nach einem kurzen Resumé der bisher gekannten Formen von Bewegungsstörungen des Kehlkopfes berichtet Verf. über einen denselben nicht unterzuordnenden Fall. Ein 28jähriges hysterisches (?) Mädchen zeigte die merkwürdige Erscheinung, dass sowohl jede Inspiration wie Exspiration von einem kurzen, lauten, einem gurrenden „ch" ähnlichen Geräusche begleitet, dass die Inspiration, wie die Exspiration äusserst kurz war und beiden eine auffällig lange Pause folgte. Sowohl beim Beginn der In- wie der Exspiration erweitert sich die Glottis normal, doch unmittelbar darauf, — während der in- resp. exspiratorischen Pause — kam eine starke Verengerung zu Stande, welche die Mitte hielt zwischen Cadaver- und Intonationsstellung. — Zur Erklärung wird eine leichte Parese der Erweiterer mit antagonistischem, secundärem Krampf der Verengerer der Glottis angenommen. Das Geräusch sei accidentell durch die in der Trachea stets vorhandenen Schleimmassen bedingt gewesen. — Die Erkrankung, welche plötzlich mit mässiger Dyspnoe eingesetzt hatte, verschwand nach $^1/_2$ Jahre schnell wieder, erwies sich aller Therapie unzugänglich, war eines Tages wieder von selbst verschwunden, um sich nach einiger Zeit auf's Neue einzustellen. — Hochgradige Kyphoskoliose, mehrere Pneumonien überstanden; aber ausser leichter Bronchitis nichts Besonderes nachweisbar. Zwerchfellkrampf war mit Sicherheit auszuschliessen. Stimme nicht sehr kräftig, aber rein. Lautes, zumal längeres Sprechen verursacht Athemnoth. von den Steinen.

---

10) **The Phenomena of Convulsion** von Charles Mencien. (Brain, October 1881).

Verf. hält es für nothwendig, des Phänomen der Konvulsion rein symptomatisch und ohne Rücksicht auf Krankheitsformen oder anatomische Beziehungen zu studiren. Zu diesem Zwecke unterscheidet er zehn Factoren, welche das Ensemble einer Konvulsion bilden, wie Qualität, Intensität, Dauer, Ausgangspunkt, Verbreitung etc., und unterzieht jeden derselben einer besonderen Besprechung. Im Ganzen schliesst sich Verf. der gewöhnlichen Eintheilung in tonische und klonische Krämpfe an; ausserdem braucht er aber Ausdrücke, welche leicht unverständlich bleiben können. Er spricht nehmlich von centripetalen und centrifugalen tonischen und klonischen Konvulsionen und meint mit centripetalen diejenigen, welche in Muskeln höchster Ordnung, das heisst solchen mit den aus gebildetetsten Spezialfunctionen beginnen; unter centrifugalen Krämpfen versteht er diejenigen, welche in Muskeln niedrigster Ordnung oder solchen mit mehr allgemeinen Functionen ihren Anfang nehmen. Gnauck.

Digitized by Google

11) **Tumeur du pédoncule cérébral droit et de l'eminentia teres du même côté; hémiplégie et hémiparésie** (soll offenbar heissen hémianésthesie) **gauches; — Paralysie du moteur commun gauche** von Mathieu. (Progr. méd. 1882, Nr. 10.)

Ein klinisch und anatomisch unzulänglich geschilderter Fall von motorischer und sensibler Lähmung der linken Körperhälfte (Extremitäten, Gesicht) und des linken Oculomotorius (wie es scheint, nicht total) infolge eines Tumors im rechten Hirnschenkel mit einem Ausläufer nach dem Boden des IV. Ventrikels. Wie Verf. die Neubildung in der rechten Eminentia teres, weit ab von Kern und Wurzel des Oculomotorius für die gekreuzte Lähmung dieses Nerven verantwortlich machen kann, ist unverständlich. Ziemlich plötzliche Entwickelung der Lähmung und eitrige Otitis sin. seit der Kindheit, hatten bei dem 32jährigen Manne den Verdacht auf Hirnabscess erweckt. Tuczek.

Psychiatrie.

12) **Considérations sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe** par M. Ball. (Gaz. méd. 1882. No. 8.)

Ein psychisch immer gesunder Knabe, der im 13. Jahre in Folge einer Ohrfeige eine Perforation des linken Trommelfells erlitt und seitdem beständig linksseitiges Ohrensausen hatte, machte mit 16 Jahren einen Typhus durch. Nach diesem machte sich neben vermehrter Otorrhoe eine Reihe von Gehirnerscheinungen bemerkbar, Gedächtnissschwäche und eine Veränderung des Charakters mit Neigung zu grosser Heftigkeit; keine Delirien. Dazu traten jetzt und zwar ausschliesslich links, Gehörshallucinationen auf, Geräusch des fliessenden und über Felsen stürzenden Wassers, musikalische Töne, Flintenschüsse, endlich Stimmen, die den Kranken insultirten und die er auf die Personen seiner Umgebung bezog. — Mit der Besserung des Mittelohrleidens wurde auch die der Hallucinationen erreicht. — B. findet in diesem Falle eine Bestätigung der Theorie Baillarger's von den Hallucinationen, d. h. eine cerebrale Prädisposition einerseits (hier durch die Folgen des Typhus gesetzt) und eine örtliche Reizung der Nerven des Sinnesapparates andererseits gehören zum Zustandekommen einer Sinnestäuschung. Ball meint allerdings, dass der Reiz irgendwo zwischen Perceptionscentrum und Peripherie des Sinnesorgans seinen Sitz haben könne. Hadlich.

13) **Sur certains délires (simulant la folie) survenus dans le cours des nephrites chroniques et paraissant se rattacher à l'urémie** par Dr. Raymond. (Archives générales de Médecine. Mars 1882.)

Verf., der auch in der deutschen Litteratur über diese Art von Delirien (Hagen) gut bewandert ist, berichtet über 4 Fälle von Nephritis chronica, in denen kürzere oder längere Zeit vor dem Tode anhaltende Delirien auftraten. In dem ersten Falle verliefen dieselben unter der Form maniacalischer Erregung mit allgemeiner Incohaerenz, die rasch in eine kurz dauernde Dementia und dann in Coma und Sopor überging. In dem zweiten bestand mehrere Monate lang ein allgemeines maniacalisches Delirium, z. Th. mystischer, z. Th. erotischer Natur. Wenn der Kranke ruhiger wurde, trat alternirend zuweilen excessive Dyspnoe ein.

Die beiden letzten Fälle zeigten ein allgemeines hallucinatorisches Delirium, das bei dem einen etwa 4 Wochen vor dem Tode, bei dem andern erst wenige Tage vor demselben auftrat.

Verf. sieht die Ursache dieser Delirien in der uraemischen Intoxication und macht

Digitized by Google

schliesslich darauf aufmerksam, dass ein solcher Kranker, mit Uraemie „à forme délirante" als ein Geisteskranker betrachtet und behandelt werden könnte, wenn man den Urin nicht untersucht. M.

Therapie.

14) Sur un cas de rage humaine traité par le Hoang-Nan par M. Gingeot. (Gaz. méd. 1882. No. 8. S. 108.)

G. gab in einem Falle von Lyssa hum. von der in Tong-King gebräuchlichen Drogue, dem Hoang-Nan mehrmals 0,10 grm. in Pillen, aber — Pat. erbrach fast alles — ohne Erfolg. G. empfiehlt weitere Versuche mit grösseren Dosen und hypodermatisch mittelst wässeriger Lösung eines alkoholischen Extractes. Dujardin-Beaumetz weist auf die Aehnlichkeit der Angustura spuria mit dem Hoang-Nan hin. Hadlich.

15) Ergotin in der Paralysis saturnina nach Stites. (Nach dem Progrès méd. 1882. Nr. 7.)

Bei gutartigen Fällen: salinisches Abführmittel nur Jodkalium, in Fällen von Hemiplegie und Bleilähmung:

Kal. hydrojod. 8,0
Extr. secal. cornut. aquos. 30,0
Extr. nuc. vom. aquos. 4,0
Tinct. Opii compos. 30,0
Syr. simpl. 120,0.

Einen Esslöffel voll Morgens und Abends.

Die Heilung erfolgt gewöhnlich nach Ablauf eines Monats, bei andern Methoden nach Ablauf von drei Monaten. Ungünstige Wirkungen vom Ergotin wurden nicht beobachtet. M.

16) Zur Behandlung des Schreibe- und Klavierkrampfes von Dr. Th. Schott (Bad Nauheim). (Deutsche Medicinal-Zeitung. 1882. No. 9.)

Bezugnehmend auf die Veröffentlichung von Vigouroux (Progr. méd. 1882. No. 3), worin von der Methode von Wolff in Frankfurt a. M. die Rede ist (vergl. dieses Centralblatt No. 4, S. 94), reklamirt Verf. die geschilderte Methode als sein und seines Bruders Dr. Aug. Schott Eigenthum; Herr Wolff verdanke dieselbe einer ihm von den Gebrüder Sch. zugegangenen Mittheilung. — Die Methode besteht in

1. Gymnastik; a) passive: Extension, Flexion, Ab- und Adduction der Finger werden vom Pat. energisch ausgeführt; darauf nach einander im Hand-, Ellenbogen- und Schultergelenk die entsprechenden Bewegungen, zusammen 20—45 Minuten 2—3 Mal täglich. b) Active: dieselben Uebungen, während Jemand die vom Pat. ausgeführten Bewegungen zu hemmen sucht, wobei aber alles stoss- und ruckweise Bewegen zu vermeiden ist.

2. Massage; a) der Nervenstränge, b) der Muskeln der kranken Extremität von der Hand bis zur Schulter, auch die einzelnen Bewegungen immer centripetal ausgeführt, mit Vermeidung jeglicher Quetschung. — Besserung meist nach 2—3 Wochen, Gesammtdauer der Behandlung nicht unter 6—8 Wochen. Vorsichtiger Beginn der gewohnten Beschäftigung. Als Nachkur Esmarch's Kaltwasserdouchen.[1] Hadlich.

[1] Bei Gelegenheit seiner Anwesenheit in Paris und des Besuches der Charcot'schen Klinik hat sich der Herausgeber dieser Zeitschrift von den auffallend günstigen Resultaten, die Wolff (ohne auf den Prioritätsstreit hier einzugehen) in verschiedenen Fällen erreicht hat, überzeugen können.

Digitized by Google

Anstaltswesen.

17) **Communication relative au traitement des aliénés dans les maisons privées** von Dr. Peters, Gheel. (Bulletin de la société de médicine mentale de Belgique. No. 23.)

Gheel, das im Jahre 1841 730 Kranke zählte, hatte 1880 1595 Kranke, die je nach der Reinlichkeit in Klassen 84—110 Centimes per Tag zahlten, ausserdem 157 Pensionäre. Es enthält also jetzt den fünften Theil der in ganz Belgien internirten Geisteskranken. Das erlaubte Maximum des Krankenbestandes ist von der Regierung auf 2000 in Summa festgesetzt.

Die Verwaltung, die früher die Commune Gheel besorgte, hat seit 1851 die belgische Regierung übernommen. Der Justizminister ernennt eine Commission, der die Oberaufsicht über die Irren übergeben ist. Ein permanentes Comité aus letzterer sorgt für die Unterbringung der Irren, besorgt alle Zahlungen für die Kranken und überwacht die Pflege derselben. Man unterscheidet hôtes, die Pfleger der Pensionaire, und nourriciers, die der Armen. Die Pensionäre werden aus allen Ländern aufgenommen, die Armen theils direct von den Gemeinden gesandt, theils aus den geschlossenen Anstalten übernommen, aus letzteren allerdings meist Unheilbare. Sonst nimmt Gheel auch zahlreiche Heilbare auf, mit ausdrücklicher Zurückweisung der direct Gefährlichen; die Behandlungsweise soll sich auch hier bewährt haben. Jeder Einwohner, der Kranke aufnehmen will, hat einen Fragebogen mit Darlegung seiner Verhältnisse, Vermögen, Wohnung an das Comité einzusenden. Die Aufnahme betrug im Durchschnitt jährlich 300 Kranke. Sioli.

Anhang.

18) **Krankheiten des Nervensystems bei Thieren.** (Aus den Mittheilungen aus der thierärztlichen Praxis im preussischen Staate von Dr. Roloff und Dr. W. Schütz. Berichtsjahr 1879/80. Berlin 1881, October.)

Hydrocephalus bei einer zweijährigen Färse, die sich während eines längern Krankseins schreckhaft und ungelenkig gezeigt hatte. Bei der Section zeigte sich Hirnsubstanz geschwunden, die „Grosshirnhöhle" bildete einen 250 grmm. Flüssigkeit haltenden, glatten, mit meist erbsengrossen Knötchen besetzten Hohlraum. Erbsen- bis haselnussgrosse Perlknoten fanden sich auch auf Pleura und Peritoneum.

Epileptiforme Krämpfe bei einem Pferde. Ein Landbeschäler zeigte eines Morgens, nachdem er Tags zuvor dreimal gedeckt hatte, folgende Erscheinungen: Er schlapperte mit den Lippen, die Augen waren in fortwährender rollender Bewegung, und als der Wärter zu ihm gehen wollte, schrak er heftig zusammen, stürzte zu Boden, schlug mit den Beinen um sich, sprang aber alsbald wieder auf. Die Zufälle wiederholten sich den ersten Tag dreimal, den zweiten öfter und zwar stets bei dem geringsten unerwarteten Geräusch. Am 6. Tage, nachdem die Anfälle schon geschwunden, noch taumelnder Gang, der erst nach 14 Tagen sich besserte. Behandlung mit Kal. hydrojod.

Veitstanz bei einem zweijährigen Hengstfüllen: Sowohl im Stalle, als namentlich, wenn das Thier getrieben wurde, drehte es plötzlich den Kopf auf die linke Seite, verzog die Gesichtsmuskeln und machte beissende und schnappende Bewegungen; darauf drehte es sich gleich einem Hunde, der sich in den Schwanz beissen will, im Kreise umher. Dieser Anfall dauerte ca. 10 Minuten und kehrte bei der geringsten Störung wieder. Nach vergeblicher Anwendung von verschiedenen Heilmethoden wurde das Leiden durch die Castration sofort beseitigt. (Beim Menschen würden solche Anfälle wohl nicht als Veitstanz, sondern als epileptische oder epileptiforme bezeichnet werden. Ref.)

Hirntuberkel bei einer Kuh. Eine vorher gesunde Kuh machte plötzlich krampfhafte Bewegungen des Kopfes und Halses nach der rechten Seite, dabei starrer

Digitized by Google

und glotzender Blick. Aus dem Stalle geführt ging sie ca. 15mal im Kreise herum und zwar nach der rechten Seite, stürzte dann nieder und starb. Bei der Obduction allgemeine Perlsucht und in der rechten Hemisphäre des Grosshirns ein wallnussgrosser, theils käsiger, theils verkalkter Knoten. (Eine genauere Lokalisation würde den Fall noch interessanter gemacht haben.)

Finnen in der Pia mater cerebralis bei einem Hunde. Ein bis dahin immer gesunder Jagdhund bekam plötzlich Krämpfe, unter denen er schnell verendete. Section ergab, dass an der Basalfläche des Gehirns in der Pia „sehr viele" erbsengrosse Finnen lagen; in den Ventrikeln eine „gelbliche Flüssigkeit." Finnen kommen beim Hunde in der Regel in der Pia, seltener im Gehirn vor; hier sterben sie auch häufig ab, dort erreichen sie eine bedeutende Grösse.

Lyssa. Bei 3 von einem tollen Hunde an einem Tage gebissenen Hunden betrug die Incubation bis zum Ausbruch der Tollwuth in dem einen 13, in dem zweiten 23, in dem letzten 70 Tage. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Patholog. Society London (Sitzung 21. Februar 1882). (The Lancet. 25. Februar 1882.)

Dr. Hale White: Congestion of Medulla oblongata.

Wh. demonstrirte Präparate aus der Oblongata eines 14 Tage nach einer sonst uncomplicirt verlaufenden Lippen- und Gaumenspaltenoperation unter plötzlicher Temperatursteigerung und Dyspnoe rasch zu Grunde gegangenen Kindes.

Die Präparate zeigten: Ausgebreitete Erweiterung der Gefässe der Oblongata mit einzelnen mikroskopischen Hämorrhagieen, wovon eine „dicht am Rande des Vaguskernes".

In der allgemeinen Gefässdilatation sieht Verf. den anatomischen Grund für Fieber und Athemnoth, die Ursache des plötzlichen Todes in Herzstillstand als Folge intensiver Vaguserregung durch den innig benachbarten Blutherd.

In der Discussion erinnerte Buzzard an einem von ihm früher mitgetheilten Fall von einseitiger Facialislähmung bei spinaler Kinderparalyse, die er auf analoge entzündliche Veränderungen der Bulbärkerne zurückführt, während Hughlings Jackson auf seinen Beobachtungen von plötzlicher isolirter Glossoplegie, von einseitiger atrophischer Lähmung der Zunge, des Gaumens und der Stimmbänder als Folgeerscheinungen discreter Bulbärherde kurz hinwies.

An einen von Baxter referirten Fall von Hydrocephalus mit Encephalocele, bei welchem sich neben einer frischen Basilarmeningitis auch Verschluss des foram. Magendi durch alte meningitische Schwarten gefunden hatte, schloss sich eine Discussion an über die Hilton-Wilks'sche Anschauung von der Genese des Hydrocephalus durch Verschluss dieser Communicationsöffnung. Von mehreren Seiten wurde die Häufigkeit dieses Befundes bei hydrocephalischen Gehirnen hervorgehoben, bei keinem Falle aber über die Wegsamkeit der übrigen Communicationen (speciell der lateralen Aperturen des 4. Ventrikels) Bericht erstattet, deren Wichtigkeit für den Abfluss der Vertricularflüssigkeit auch in der Versammlung selbst von Eve auf Grund eigener Untersuchungen betont wurde. Kast.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung den 25. Febr. 1882.)

1. Double prolapsus ovarien chez une hystérique. — Compression ovarienne intra-vaginale produisant le transfert von H. Baraduc.

An einer Hysterischen mit retroflexio uteri und dadurch sehr gut palpabeln

Digitized by Google

Ovarien konnte B. den Charcot'schen Satz bestätigen, dass das Ovarium der Sitz der Ovarie ist. (S. dieses Centralbl. No. 6. S. 130.)

Sitzung den 4. Februar 1882.

2. Note sur les conditions qui mettent en évidence le phénomène désigné sous le nom d'hyperexcitabilité neuromusculaire dans les différentes périodes de l'hypnotisme von Dumontpallier und Magnin.

Entgegen der Ansicht von Charcot (s. dieses Centralblatt No. 6. S. 132) sind D. und M. zu der Ueberzeugung gelangt, dass die neuromuskuläre Hyperexcitabilität nicht bloss dem lethargischen Stadium der künstlich-hypnotischen zukommt, sondern auch den kataleptischen und somnambulischen. Man müsse nur die richtigen Agentien zu finden suchen, welche die Hyperexcitabilität zum Ausdruck bringen. Wenn im lethargischen Zustande ein Druck nöthig sei, so bedürfe es dagegen im kataleptischen eines feinen Anblasens der betreffenden Hautstelle oder der Einwirkung der Kälte (Aethertropfen, Eisstäbchen); in einem interessanten Falle sei auch bei einer Lethargischen nur auf Einwirkung von Kälte die neuro-muskuläre Hyperexcitabilität hervorgetreten, die bei Druck und Stoss ausblieb.

Nicht bloss für die einzelnen Zustände im Hypnotismus, sondern auch für die einzelnen Personen müsse man in jedem Falle die wirksamen Agentien erst feststellen: constant erwiesen sich dann immer nur dieselben Mittel wirksam und das sichere den Forscher vor Simulation. (Aber die Autoren geben selbst zu, dass manchmal Agentien verschiedener Art in derselben Weise bei den differenten Zuständen des Hypnotismus wirken, und ferner, dass unreine, gemischte Zustände (Catalepto-Léthargie) vorkommen, wo eine unsichere schwankende Reaktion der als wirksam festgestellten Agentien eintritt!) Hadlich.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung vom 18. und 25. Febr. 1882.)

J. Déjérine untersuchte bei einer nach 10jähriger Tabes verstorbenen 50jähr. Frau, die zu anästhetischen Hautstellen gehörenden Nerven und fand dieselben hochgradig degenerirt, nämlich fast in demselben Maasse atrophisch, wie die hinteren Spinalnervenwurzeln. Er fand ferner die alte Beobachtung bei seiner Kranken bestätigt, dass die hinteren Spinalnervenwurzeln zwischen Rückenmark und Spinalganglien diese extreme Atrophie zeigten, während der peripher vom Ganglion gelegene Theil ganz intact erschien. — Die Kranke litt an sehr bedeutenden Störungen der Sensibilität und D. bezieht dieselbe auf die gefundene Degeneration der Hautnerven, von welcher er meint, dass sie peripheren, nicht centralen Ursprungs sei, ebenso, wie ja auch die Atrophie des Opticus bei der Tabes ihren Ausgang von der Retina nehme.

F. Poncet (de Cluny) kam jedoch im Gegensatze zu Déjérine zu abweichenden Resultaten in Bezug auf den Opticus. Er untersuchte die Augen eines Tabetikers, der 10 Jahre lang blind gewesen war. Er fand totale Atrophie des N. opticus, stärker ausgesprochen am peripheren, als centralen Ende; die bindgewebige Schrumpfung hält er durchaus für secundär. In der Retina fand sich die Nerven- und Ganglienzellen-Schicht atrophirt, die übrigen Schichten, die nervösen Endorgane, speciell die Zapfen intact. P. Schliesst daraus gegen den peripheren Ursprung der Atrophie des Opticus.

A. Robin erinnert daran, dass er schon in seiner Arbeit „über Gesichtsstörungen bei Gehirnkrankheiten" die Entdeckungen von Pierret angeführt habe, von welchem 1) die Alteration der Hautnerven bei Tabetikern, 2) der periphere Charakter dieser Alterationen nachgewiesen sei. Hadlich.

Aus der Académie des sciences. (Sitzung am 6. März 1882.)

Lecorché spricht über eine Endocarditis, die er mehrfach bei Diabetikern gefunden hat. Sie ist häufiger bei Frauen, als bei Männern, tritt erst im vorgeschrittenen

Digitized by Google

Stadium der Krankheit auf, und lokalisirt sich an den Valvul. mitralis, nur einmal sah er sie an den Aortaklappen. Zuweilen ist sie mit Atherom der Arterien verbunden. Er glaubt sie durch den fortgesetzten Reiz des krankhaft veränderten Blutes hervorgebracht. M.

Académie de Médicine. Sitzung den 7. März 1882. (Gazette médecine. 1882. No. 10.)

Vulpian theilt einen Fall von Lähmung der Armnerven mit, durch Druck der Krücken in der Achsel entstanden, in welchem — bei Fehlen aller sensiblen, vasomotorischen und secretorischen Störungen — die elektrische Muskelerregbarkeit erhalten war, aber auf elektrische Reizung des Nervus radialis keine Contraction eintrat. Es lagen also dieselben Erscheinungen vor, wie bei der sog. Lähmung „à frigore", welche Panas schon 1871 mit Recht, wie Vulpian jetzt zugiebt, zum grössten Theil für Druckparalyse erklärt hatte. —

J. Guérin erklärt sich gegen die Reflex-Natur des Sehnenphänomens.

Hadlich.

Aus der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (Sitzung den 13. März 1882.)

1. Herr Moeli demonstrirt Präparate aus dem Rückenmarke einer Frau, welche nach 13tägiger Krankheit gestorben war. Es hatte sich Lähmung erst der Beine, dann der Vorderarme ausgebildet; am 3. Tage war das Kniephänomen erloschen, weiter Fieber, Blasenlähmung und Decubitus aufgetreten. Im Blute keine Bacterien. Am 12. und 13. Tage war die elektrische Erregbarkeit der Handmuskeln gegen beide Ströme erheblich gesunken. Es bestand eine Myelitis des Halsmarks vom 4. bis zum 6. Halsnerven, welche die Vorderhörner stellenweise ganz zerstört, in der weissen Substanz besonders der Seiten- und Vorderstränge herdweise frische Veränderungen gesetzt hatte. Das übrige Rückenmark zeigte sich intact. Vortr. erwähnt die Aehnlichkeit des anfänglichen Krankheitsbildes mit der Landry'schen Paralyse und sieht im Fehlen des Kniephänomens bei intactem Lendenmarke in diesem Falle keinen Beweis gegen die jetzige Anschauung, da das Symptom nur kurze Zeit bestanden hatte und die ausgebreitete Zerstörung im Halsmarke möglicherweise von Einfluss sein konnte.

2. H. Binswanger demonstrirt einen sehr seltenen Gehirntumor, ein Glioma myxomatosum, das sich auf der Oberfläche beider Seitenventrikel in üppiger Wucherung aus dem Ependym entwickelt hatte. Es hatten nur unbestimmte Allgemeinerscheinungen, Somnolenz u. s. w., bestanden.

3. H. Gnauck theilt 2 Fälle von sog. combinirter Psychose mit. In beiden hatte sich unmittelbar nach einander eine Melancholie und Verrücktheit entwickelt, nach der Ansicht von G. jede Form selbstständig und primär.

4. H. Westphal spricht über Fehlerquellen bei Untersuchung des Kniephänomens. Er beobachtete in einem Falle von multipler Sclerose, dass das vorher ganz verschwundene Kniephänomen später wieder auftrat, aber nur scheinbar, nämlich auf einer mit starker Abnahme der Sensibilität eingetretenen erhöhten Reflexerregbarkeit der Haut beruhend. Denn es trat auch auf bei blossem Quetschen einer Hautfalte, und zwar mit geringer Verlangsamung gegenüber dem normalen Phaenomen. — Ganz dieselbe Beobachtung machte W. bei einem Falle von Poliomyelitis; und in einem Falle von Compressionsmyelitis konnte er sogar neben dem normalen Kniephänomen auch das falsche durch starke Quetschung einer Hautfalte hervorrufen. — Dass bei

Digitized by Google

den Versuchen mit Strychnin-Vergiftung, wo das vorher geschwundene oder schwache Phänomen wieder stark aufgetreten sein soll, das gleiche Verhältniss vorliegt, scheinen die Experimentatoren bisher übersehen zu haben.

W.'s neue Versuche zur Entscheidung der Frage nach der Natur des (Knie-) Gelenkphänomens, ob Wirkung des Muskeltonus oder ob Reflex, haben bisher nur negative Resultate ergeben. Hadlich.

---

43. Versammlung des psychiatrischen Vereins zu Berlin am 15. März 1882.

1. Dr. Bernhard (Schweizerhof) demonstrirt ein Gehirn, auf dessen linker Convexität sich eine Impression von der Grösse einer Billardkugel befand (5 Centim. lang, 4 Centim. breit und von entsprechender Tiefe). Die Pia setzte sich unverändert in die Impression hinein fort. Die imprimirte Stelle war scharfrandig und ausgefüllt durch eine Blase mit wässrigem Inhalt, deren Entstehungsweise unaufgeklärt blieb, namentlich schien sie nicht parasitär zu sein. Der Boden der imprimirten Stelle lag im Niveau des Balkens, die vordere Grenze war die Centralfurche, die hintere und äussere die Interparitalfurche. Ihre innere Seite bildete der Vorzwickel. Imprimirt waren die hintere Centralwindung und ein Theil des Scheitelläppchens. Das Hirn stammte von einer alten Frau, welche lange geisteskrank, zuletzt an hypochondrischer Schwachsinnigkeit litt. Sie war hereditär belastet, viele Jahre schlaflos gewesen. In letzter Zeit hatte sie Schwäche beider rechten Extremitäten dargeboten, nur einmal hatte sie Krämpfe, bei denen allerdings Simulation nicht ausgeschlossen zu sein schien.

2. Dr. Gock (Eberswalde) theilt die Krankengeschichte und den Sectionsbericht eines hereditär belasteten, 1872 erkrankten und 1881 secirten Patienten mit, welcher an allgemeinem Schwachsinn litt. Von 1877 an bot er verschiedene Störungen im Intestinaltractus dar, bis er October 1878 eine Geschwulst im rechten Hypogastrium bekam, welche im November aufbrach, Eiter entleerte, sich Januar 1879 wieder schloss, incidirt wurde, nicht verheilte, Januar 1880 Koth entleerte, Januar 1881 sich abermals schloss, dann wieder aufging, als in diesem Jahre der Tod erfolgte. Bei der Section fand man an der dem Tumor entsprechenden Stelle eine 17 Centim. lange, 1·6 Centim. breite, kurzzinkige Gabel, deren Anwesenheit im Körper nicht diagnosticirt werden konnte. Sie war jedenfalls 1877 verschluckt worden, hatte, wie die genaue Besichtigung des Magens, Zwölffingerdarms, Leer- und Krummdarms bewies, diese, ohne sie zu verletzen, passirt, sich Oktober 1878 im rechten Grimmdarm localisirt und ihn Januar 1880 durchbrochen. Patient hatte demnach die Gabel 3 Jahr 7 Monate im Leibe gehabt. Ihr Passiren war, ihrer Lagerung am Ort der Geschwulst zufolge, mit dem Griff voran von Statten gegangen.

3. Dr. Edel (Charlottenburg) schildert die Phasen eines Interdictionsverfahrens, welches mit einem 80 Jahre alten, an senilem Schwachsinn mit Sinnestäuschungen und Verfolgtseinsideen leidenden alten Herrn vorgenommen wurde. Frühjahr 1880 kam der Pat. laut motivirten Gutachtens unter Curatel. Herbst 1880 denuncirte ein aus derselben Anstalt, in welcher sich Pat. befand, entlassener Paralytiker beim Staatsanwalt, dass der betreffende Patient gesund sei. Darauf gewann ein in der Anstalt erschienener Untersuchungsrichter die Meinung, Patient sei gesund. Der Staatsanwalt beantragte nun einen 2. Termin, in welchem zwei Physiker und ein praktischer Arzt Sachverständige waren, die beiden ersteren erklärten den Pat. für krank, der letztere hielt sich reservirt (hatte auch vorher, als sich Pat., obschon bereits krank, noch in Freiheit befand, diesem ein Zeugniss ausgestellt, dass er nicht geisteskrank sei). Zufolge der Meinungsverschiedenheiten der Sachverständigen fand ein 3. Termin Statt, in welchem eine gerichtsärztliche Koryphäe als Sachverständiger fungirte und in dem der Staatsanwalt selbst zugegen war. Pat. wurde auch in diesem Termin von Sachverständigen für krank erklärt. Trotzdem erfolgte ein 4. Termin,

Digitized by Google

zu dem abermals drei Sachverständige zugezogen waren, die alle drei den Pat. für krank erklärten. Da jedoch Berufung bei der Civilkammer eingelegt wurde, so schwebt die Sache noch. — Die pflichtgemässe grosse Vorsicht der Behörde ist in diesem Falle, abgesehen von dem Dissimuliren des Pat., verursacht durch jenes, übrigens bona fide ausgestellte, aber doch incompetente Zeugniss des betreffenden Collegen und durch dessen Gutachten im 2. Termin, durch locale Aufbauschung der ganzen Sache, durch die damals zufälliger Weise erfolgende Uebersiedelung des Schwiegersohns des Pat. nach Amerika, aus welcher Pat. Capital für seine irrige Meinung, dass sein Vermögen beeinträchtigt würde, schlug, durch ein Physikatsattest, welches sich bei den Akten des Patienten befand, welches drei Monate vor seiner Internirung ausgestellt war (dieselbe wurde damals aufgeschoben) und das zufällig nicht durch den Physikus des betreffenden Kreises ausgestellt war (bei seiner Internirung hatte übrigens Pat. Atteste letzten Datums) und schliesslich dadurch, dass Pat. Ausländer war. Richter (Dalldorf).

IV. Bibliographie.

1) **Lehrbuch der Krankheiten der peripheren Nerven und des Sympathicus.** (Wreden's Sammlung kurzer medicinischer Lehrbücher. Band V.) Von Dr. A. Seeligmüller in Halle. Mit 56 Abbild. 398 Seiten. Braunschweig 1882.

Das vorliegende Buch ist weit entfernt, ein blos compilatorisches Compendium zu sein, vielmehr eine wohldurchdachte und durchaus originelle Bearbeitung des Gegenstandes, der von den denselben Stoff behandelnden deutschen und ausländischen Werken durchaus unabhängig erscheint. Das Material ist bei der nothwendigen Gedrungenheit der Bearbeitung ein auffallend reichliches und die zahlreichen, ohne Prätension eingestreuten Beobachtungen nicht allein für den Studirenden und praktischen Arzt, sondern auch für den Specialisten von erheblichem Werth. Besonders hervorzuheben ist aus den allgemeinen Theil die ausführliche Besprechung der allgemeinen Therapie, die kurzgefasste Belehrung über die hydriatischen Heilmethoden („Thermotherapie") die etwas ausführlichere Behandlung der electrotherapeutischen Grundsätze mit sehr zweckmässig anschliessender Darlegung der Methode der elektrischen Untersuchung. (Sogar die zweckmässigsten Apparate sind berücksichtigt und abgebildet.) Im Allgemeinen erkennt Verf. die Richtigkeit der polaren Methode bei der therapeutischen Verwerthung des galvanischen Stromes an, glaubt aber in der Praxis die Terminologie der Richtungsmethode nicht ganz ausschliessen zu können.

Auch die Auseinandersetzungen über die chemischen Mittel, die unter herkömmlichen Rubriken untergebracht werden, sind mit anerkennenswerther rationeller Deutlichkeit und Kürze gegeben; gewiss nicht überflüssig sind die praktischen Winke über Behandlung der Schlaflosigkeit und Aufregung bei Nervösen.

Der specielle Theil bringt zunächst als Grundlage für die Lehre von den anatomischen Erkrankungen der peripheren Nerven eine Darstellung der Folgen mechanischer Läsion, resp. Durchtrennung der Nerven. Die Degenerations- und Regenerationsvorgänge an Nerven und Muskeln sind sehr kurz, aber klar gegeben. Summarische Erwähnung finden bei der Schilderung der Functionsstörung nach Nervendurchschneidung die trophischen Störungen und die Frage nach den trophischen Nerven, ausführlichere die elektrischen Erregbarkeitsveränderungen in Nerv und Muskel. Bezüglich der Therapie der traumatischen Nervendurchtrennung empfiehlt Verf. die selbst in späterer Frist vorzunehmende Nervennath, womit Ref. sehr einverstanden ist. Besondere Erörterung findet die durch unzweckmässig angelegte Verbände bedingte, nicht seltene Lähmung: schwere und unheilbare Formen derselben bei Kindern werden vom Verf. auf eine acute Neuritis und Myositis, die rasch zur Atrophie führen, bezogen.

Digitized by Google

Im Capitel über Neuritis würdigt Verf. gebührend das häufig sprungweise Wandern dieser Krankheitsform und dessen Bedeutung für eine ganze Reihe von Krankheitserscheinungen. Ob diese Propogation anatomischer, entzündlicher Vorgänge für die Irradiationsphänomene wirklich eine so ausgedehnte Bedeutung hat, wie Verf. annimmt, möchte Ref. dahingestellt sein lassen. Die in einem besonderen Abschnitt mit der Atrophie der Nerven zusammengestellte degenerative Neuritis (Leyden) parenchymatöse Neuritis (Joffroy) ist nach Ansicht des Ref. als entzündlich par excellence zu betrachten. Dass die multiple und progressive Form unter dem Bild der Landry'schen Paralyse verlaufen könne, möchte Ref. bestreiten; die unterscheidenden Merkmale beider Krankheitsbilder scheinen scharf genug zu sein. Eher dürfte die Unterscheidung zwischen jener und der acuten atrophischen Spinallähmung unter Umständen schwierig sein. —

Im umfassendsten Abschnitt, der die functionellen Erkrankungen der peripheren Nerven enthält, kommen zunächst die sensiblen Störungen, Anästhesieen und Neuralgieen, zur Darstellung. Gelegentlich der Trigeminusneuralgie betont Verf. die von ihm festgestellte Abhängigkeit einer typischen Supraorbitalneuralgie von Stirnhöhlencatarrh und die rasche Beseitigung der ersteren durch die geeignete Behandlung des letzteren. Die Beschränkung der operativen Behandlung schwerer Trigeminusneuralgieen (— Resection —) auf solche Fälle, die man centralwärts von der erkrankten Stelle angreifen kann, scheint dem Ref. nicht berechtigt: Die in Betracht kommenden Fälle sind wohl meist centraler Natur und doch ist ein länger dauernder oder definitiver Effekt öfter nicht zu leugnen. — Die vom Verf. gemachte Angabe, dass Armneuralgieen „nicht besonders häufig seien", ist dem Ref. unverständlich; nach seiner Erfahrung sind sie recht häufig und alltäglich. — Gelegentlich der Aetiologie der Neuralgieen des Plexus lumbosacralis macht Verf. besonders auf die Möglichkeit eines im Becken versteckten Tumors als Ursache Aufmerksam. Mit der Angabe, dass Neuralgieen, die sich auf die Hautnerven des Unterschenkels und Fusses beschränken, sehr selten seien, kann sich Ref. nicht einverstanden erklären.

Eine wenig gekannte Ursache von Cruralneuralgie ist nach dem Verf. eine in Folge von Distorsion des Sprunggelenks entstehende, im N. saphenus major aufsteigende Neuritis. In Betreff der Therapie letzterer Form hat Verf. von der Application zweier faradischer Pinsel auf die Druckschmerzpunkte guten Erfolg gesehen. Verdiente Berücksichtigung findet die Gelenkneuralgie.

Die allgemeine Besprechung der Lähmungen enthält eine sorgfältige Würdigung der in neuester Zeit gewonnenen ätiologischen Aufklärungen, besonders aber viele recht werthvolle diagnostische Winke (so z. B. behufs der Unterscheidung wirklicher Lähmung von Simulation und Pseudoparalysen). Alles Lob verdient die knappe und klare Darstellung der bezüglich der Pathogenese ja nur theilweise aufgehellten toxischen, postfebrilen und Lähmungen nach acuten Krankheiten.

Zu den Angaben über Prognose und Behandlung der Facialislähmung, spec. der schweren Form möchte Ref. einige Bemerkungen sich erlauben. Die Prognose der schweren Form: „im besten Fall ist unvollständige Heilung in 2—4—6 Monaten zu erwarten" trifft — was die Unvollständigkeit der Heilung anlangt, nach des Ref. Erfahrung nicht in jedem Fall zu. Die Muskelstarre ist gewiss auch nicht „in vereinzelten Fällen" auf die elektrische Behandlung zurückzuführen; im Gegentheil hat Ref. Contracturen und Zuckungen aus schwerer Facialislähmung sich mehrmals in einer Zeit unterbrochener electrischer Behandlung herausbilden und mit Wiederaufnahme der letzteren wieder verschwinden sehen. Ob die vom Verf. angegebene Methode der elektrischen Behandlung der schweren Form die einzig richtige ist, lässt Ref. dahingestellt; vollkommen einverstanden ist er mit dem Ausspruch, „dass zur Behandlung dieser schweren Form viel Geduld und Ausdauer gehört." — Das Capitel

Digitized by Google

der Lähmungen an den oberen und unteren Extremitäten zeichnet sich durch übersichtliche Klarheit aus.

Hinsichtlich der Aetiologie des Schreibekrampfes möchte Ref. hervorheben, dass traumatische Ursachen meist leichter Art (Stichverletzungen, Zerrungen kleinerer Nervenzweige) bei disponirten Individuen häufiger Veranlassung zu einzelnen Formen der betr. Beschäftigungsneurose geben, als Verf. zuzulassen geneigt ist. Bei Besprechung der Therapie hätte wohl die Muskelgymnastik, wie sie bei der unzweifelhaft Erfolge aufweisenden Methode des Schreiblehrers Wolff zur Ausführung kommt, Erwähnung verdient.

Vortrefflich sind die Auseinandersetzungen über die Krampfformen der Hals- und Nackenmuskeln. Unter den Krankheiten des Sympathicus wird der in Deutschland gangbaren Auffassung gemäss zunächst die Migräne abgehandelt. Daran schliesst sich eine kurze Darstellung verschiedener Formen des Kopfschmerzes. Verf. unterscheidet folgende Formen: 1) Cephalaea hyperaemica, a) durch active, b) durch passive Hyperamie; 2) C. anaemica; 3) C. neurasthenica (Kopfdruck); 4) C. rheumatica; 5) C. syphilitica; 6) C. toxica; 7) C. sympathica; 8) C. hysterica. Die Eintheilung lässt, wie Verf. selbst anerkennt, an Correktheit und allgemeiner Durchführbarkeit zu wünschen übrig, dient aber als leitender Gedanke bei der Therapie des Kopfschmerzes.

Die Rubrik: Krankheiten des Bauchsympathicus giebt Verf. Gelegenheit, eine von ihm beobachtete Form vorübergehender Parese der Bewegungsnerven des Darmtractus — ätiologisch bedingt durch andauernde physische Verstimmung — und die wirksame Behandlung derselben zu erörtern. Bei den noch in jeder Beziehung dunkeln visceralen Neuralgieen (abgesehen von der eigentlichen Cardialgie), die zuweilen einen streng typischen Charakter annehmen, verweilt Verfasser unter Anführung eines prägnanten Beispiels.

Ebenso zutreffend und dankenswerth ist die Schilderung der unter „Einzelne Affectionen der vasamotorischen, trophischen und secretorischen Nerven“ aufgeführten Zustände von diffuser Lähmung der Vasomotoren, die in den angegebenen Formen auch nach des Ref. Erfahrung nicht allzu selten sind. Dasselbe Interesse bieten die Einzelheiten des Abschnitts: „Diffuser Krampf der Vasomotoren.“ Die vasomotorische Gelenkneurose — Hydrops genu intermittens — findet kurze Besprechung.

Wenn Verf. im Schlusssatze, bei Herpes Zoster, hinweist auf einen neurotichen Ursprung einzelner Formen der Hautkrankheiten gegenüber den jetzt dominirenden Anschauungen „von der infectiösen, parasitären Natur der Exantheme“, so dürfte zu erinnern sein, dass die Bedeutung des Nervensystems für die letzteren von den neueren deutschen Dermatologen in vollem Umfang anerkannt wird. Eisenlohr.

---

2) **Epilepsy and other chronic convulsive diseases: their causes, symptoms and treatment** by W. R. Gowers. London 1881. J. & A. Churchill. 309 pp.

1450 genau beobachtete und kritisch gesichtete Fälle bilden die materielle Grundlage der vorliegenden Studien über Epilepsie, die ihre Entstehung einer Reihe von Vorlesungen verdankt, welche G. im Februar 1880 vor dem Royal college of physicians of London hielt (zum Theil veröffentlicht in den Med. Times v. 28. Febr. und 24. Apr. 1880). Grosse Objectivität, Belebung der Darstellung durch bündige Krankengeschichten, Bereicherung des Bekannten durch manche neue Thatsache zeichnen das Buch aus; das überall hervorleuchtende Streben, für die klinische Beobachtung den physiologischen Boden zu gewinnen, verleihen ihm einen besonderen Reiz.

Es beschäftigt sich vorzugsweise mit der idiopathischen Epilepsie; Convulsionen im Gefolge von organischen Gehirnerkrankungen werden mehr nebenbei, gelegentlich

Digitized by Google

der differentiellen Diagnose besprochen. Diejenigen Fragen, deren Beantwortung Sache einer Statistik mit grossen Zahlen ist, werden naturgemäss eingehend behandelt. Wesentliche neue Gesichtspunkte ergeben sich dabei nicht; Verf. befindet sich hier meist in Uebereinstimmung mit Reynolds und Echeverria. Von den vielen durch Ziffern belegten Details sei daher nur Einiges herausgehoben. Heredität bestand in 35% der Fälle; eine grössere Prädisposition des weiblichen Geschlechts (um 7%) erklärt sich daraus, dass Vererbung überhaupt häufiger von Mutterseite aus — und von der Mutter häufiger auf die Tochter übergeht. In 75% begann die Krankheit vor dem 20. Lebensjahr. Eine Gelegenheitsursache für den Ausbruch der Epilepsie konnte in 37 Fällen wahrscheinlich gemacht werden. Eine grosse Rolle spielt die Dentition in Verbindung mit Rachitis, ferner heftige, besonders plötzliche Gemüthserregung, Traumen; 37 mal trat Epilepsie nach acuten Krankheiten auf, darunter 19 mal nach Scharlach (ohne Urämie). Weniger häufig liefern Helminthiasis, Indigestion, chron. Alcoholismus, chron. Bleivergiftung, Anästhetica, Masturbation, Gravidität und Pubertät den Funken, der die Entladung herbeiführt. Fälle von sog. reflectorischer Epilepsie hat Verf. nicht beobachtet.

Bei Feststellung des klinischen Begriffes stellt G. zunächst den eigentlichen epileptischen Anfällen solche von coordinirten, den willkürlichen ähnlichen Bewegungen gegenüber. Damit, dass er hierfür den Namen hysteroider, statt hysterischer (Charcot's Hystéro-épilepsie) einführt, ist nicht viel gewonnen, um so weniger, als sie mit Hysterie oft gar nichts zu thun haben und, wie Verf. später selbst ausführt, diese 2 Krampfformen vielfach ineinander übergehen.

Die Stellung des Verf. als Arzt an einem grossen Hospital für Epileptiker (Nat. hospital for the paralysed and epileptic) gab ihm vielfach Gelegenheit, die Anfälle in ihren ersten Anfängen zu beobachten, und so ist denn das Capitel über die Prodromalerscheinungen und die eigentliche Aura besonders erschöpfend behandelt. Da die Aura immer centralen Ursprungs ist, erfahren wir durch sie, welche Stelle im Gehirn zuerst functionell gestört ist, mag sich diese Störung in einer sensorischen oder motorischen Sensation (ohne wirkliche Bewegung), in einem objectiv nachweisbaren Muskelspasmus oder in einem psychischen Status äussern. Da in fast allen Organen und an fast allen Stellen der Körperoberfläche die Aura ihren Sitz haben kann, folgt weiter, dass von allen Stellen des Centralorgans aus, in denen jene vertreten sind, der epileptische Anfall ausgelöst werden kann. Der Form nach werden überhaupt unterschieden: 1) unilaterale, 2) bilaterale, 3) Organ-Aura (Vagus-Accessoriusgebiet), 4) Schwindel und verwandte Sensationen, 5) Kopfschmerzen und andere Empfindungen im Kopf, 6) psychische Aura, 7) Aura der Specialsinne. Aus der grossen Fülle von Einzelheiten seien einige besonders interessante hier mitgetheilt. Beginn des Anfalls mit Zuckungen oder Sensationen in der rechten Gesichtshälfte war oft mit Verlust der Sprache verknüpft; ein Linkshändiger, bei dem der Anfall in der linken Gesichtshäfte begann, wurde regelmässig 10 Minuten vor dem Anfall aphasisch. Die Reihenfolge der befallenen Glieder bei fortschreitender Aura stimmt oft mit der experimentellen Localisation der einzelnen Centra. Eine dem Globus hystericus vollständig analoge Sensation kommt auch bei reiner Epilepsie, sogar bei Convulsionen auf organischer Grundlage (Tumor im Pons) vor. Ein eigentliches Gefühl von Anblasen („aura") der Haut beobachtete er nur in 2 Fällen. Aura des Geruchsinns kam 9 mal vor; die Gerüche waren meist widriger Natur. Nur 1 mal war eine Geschmacksaura zu constatiren (der Grund, warum Geschmackstäuschungen überhaupt so selten sind, liegt, nach der Anschauung, wie sie in der Marburger psychiatrischen Klinik vorgetragen wird, darin, dass an irgend einer complicirteren Geschmacksempfindung sich nicht weniger als 4 Nerven betheiligen. (Glossopharyngeus, Chorda, Olfactorius und die im Lingualis verlaufenden sensiblen Zungennerven, deren Centralorgane doch nur in den seltensten Fällen gemeinschaftlich erkranken werden.

Digitized by Google

Ref.) Unter den die Aura darstellenden abnormen Sinneswahrnehmungen sind die Fälle interessant, in denen Gegenstände grösser zu werden und näher zu rücken scheinen. Verf. erklärt dies Phänomen durch wachsende Sensibilität der Retina resp. des Sehcentrums. (Sollte es sich nicht eher um abnorme Vorgänge im Accommodationsapparat und in der Augenmusculatur handeln? Ref.) Wo complicirte Gesichtstäuschungen vorkommen, gingen ihnen meist elementare voraus. Die Beobachtungen des Verf., dass, je leichter der Anfall, desto höher die Dignität der Sinnes- (Gesichts- oder Gehörs-) täuschungen war, lässt sich vielleicht so erklären, dass es in diesen Fällen nicht zu vollständiger Bewusstlosigkeit, sondern nur zu einer Art Traumzustand kam.

Die Schilderung der „grossen" und „kleinen" Anfälle bringt naturgemäss, meist Bekanntes. Bei halbseitigem Beginne der Convulsionen, wie er auch bei idiopathischer Epilepsie nicht selten ist, sieht der Kopf nach der befallenen Seite. Der Sternocleidomastoideus ist also mit den gegenüberliegenden Extremitäten (auch physiologisch, associirt. Partielle tonische und clonische Krämpfe kommen durchaus nicht nur bei organischen Gehirnleiden (Hughlings Jackson) vor. — Clonus des weichen Gaumens (2 Fälle) ist gewiss eine selten festzustellende Krampfform. Die Pupillen wurden ganz im Anfang gelegentlich eng befunden; im Tonus werden sie weit und starr, am Ende des Anfalls sind öfters Oscillationen zu beobachten. (Der Verengerung unter Mittelweite im terminalen Schlaf wird keine Erwähnung gethan. Ref.) Die ophthalmoskopische Untersuchung ergab im Stadium der Cyanose weite dunkle Venen, innerhalb einer Serie häufig aufeinanderfolgender Anfälle Röthung der Papille mit leichtem Oedem. Eine epileptogene Zone konnte bei der idiopathischen Epilepsie nie festgestellt werden.

Aus der Reihe postepileptischer Zustände sei nur erwähnt, dass auch G. bisweilen das Kniephänomen nach dem Anfall nicht hervorbringen konnte, und dass im Urin nur sehr selten Spuren von Eiweiss sich fanden. —

Der Epilepsie mit resp. nach Hemiplegie wird ein eigenes Capitel gewidmet. Sie entwickelt sich meist in der ersten Kindheit und ist auf Gefässthrombose zurückzuführen. Die verschiedenen Zustände der gelähmten Glieder — Chorea, Athetose, Rigidität etc. werden ausführlich besprochen.

Es folgt eine Schilderung der bei beiden Geschlechtern vorkommenden Form von coordinirten Convulsionen, die den Charakter willkürlicher Bewegungen an sich tragen, häufig, aber durchaus nicht ausschliesslich bei wirklich Hysterischen gefunden werden, und die er hysteroide nennt. Er befindet sich hier mit Charcot, dem Autor der Hystéro-épilepsie, in mehrfachem Widerspruch, dessen Lösung in nationalen Eigenthümlichkeiten gesucht wird. So gelang es ihm nie, einen derartigen Anfall durch Druck auf die Ovarien hervorzubringen oder zu unterdrücken; nie erfolgte in einem hysteroiden Anfalle seiner Beobachtung Zungenbiss; den Transfert bei Anästhesien Hysterischer vermochte er nicht zu erzeugen.

Das Capitel über den Verlauf der Epilepsie handelt von der Frequenz der Anfälle, ihre Beziehungen zur Tageszeit und von dem Status epilepticus.

Auf dem Gebiet der Pathologie kommt Verf. auch nicht über das Bereich der Hypothesen hinaus. Auch ihn lassen die pathologisch-anatomischen Untersuchungen im Stich. Auch er suchte vergeblich nach Veränderungen im Cornu ammonis; in 2 Fällen, wo er es erkrankt fand, hatten niemals Zeichen von Epilepsie bestanden. Beziehungen zu Erkrankung der sympathischen Ganglien (Echeverria) konnte er nicht finden.

Keiner der vasomotorischen Theorien kann er zustimmen; vielmehr kommt er zu der Ueberzeugung: Die Epilepsie ist eine Erkrankung der grauen Substanz, in vielen Fällen der Rinde, in andern vielleicht auch tieferer Centren. Bestimmend für seine

Digitized by Google

Ansicht sind namentlich die Formen von Aura der Specialsinne und physischer Aura, die unzweifelhaft auf die Entstehung in der Hemisphäre hinweisen; ferner die experimentelle Erzeugung von Epilepsie durch Rindenreizung und der Oebeke'sche Fall eines Epileptikers, dessen Convulsionen nach Eintritt einer linksseitigen Hemiplegie infolge Hämorrhagie in der rechten Hemisphäre auf die rechte, nicht gelähmte Seite beschränkt blieben. Das der Epilepsie zu Grunde liegende krankhafte Princip sucht G. in einer verminderten Widerstandsfähigkeit der Nervenzellen, wodurch diese unfähig werden, den unfreiwilligen Uebergang der im Gehirn angesammelten Spannkräfte in lebendige Kraft zu verhüten. Wird, z. B. durch Ligatur eines Gliedes im Moment der Aura oberhalb deren Ausgangspunkt ein starker Hautreiz ausgeübt, so wird dadurch die „Stabilität" der Nervenzellen erhöht, der Anfall coupirt. Die Thatsache selbst konnte G. vielfach bestätigen und sogar erleben, dass nach wiederholter Ausübung dieses Verfahrens seitens des Patienten später die Aura auch spontan jene Grenze nicht mehr überschritt, allgemeine Krämpfe überhaupt nicht mehr eintraten.

Die Differentialdiagnose umfasst die idiopatische Epilepsie, die Hysterie, die sog. Reflexconvulsionen, die Krampfformen bei Intoxicationen und organischen Hirnerkrankungen, die Dem. paralytica und die Simulation.

Die Prognose basirt auf dem Satz: jeder Anfall ist die Folge des vorhergehenden, die Ursache des nachfolgenden; sie richtet sich daher wesentlich nach der Therapie. Brom erwies sich auch G. als das souveränste Mittel. Er fand am wirksamsten das Bromammonium und steigt von kleinen Dosen zu grösseren, begnügt sich aber mit 3—4 gr. täglich. Des, doch offenbar rationelleren Verfahrens Voisin's mit der Dosis zu steigen, bis der Rachenreflex erloschen, wird keine Erwähnung gethan. Einer anderen Methode, grosse Dosen bis zu 30 gr. 5—6 Wochen lang alle paar Tage zu reichen, verdankt er manchen Fall radicaler Heilung (so lange die Beobachtung reicht). Die Brom-Acne kann verhütet und beseitigt werden durch Arsen; 3—5 gtt. Liq. fowleri zu jeder Dosis des Brompräparats. Der gelegentliche Nutzen der Digitalis, Belladonna, Cannabis, des Zink und Borax wird durch zahlreiche Beispiele erhärtet. Der einzelne Anfall kann ausser durch Ligatur mitunter durch Amylnitrit coupirt werden. Gegen die hysteroiden Anfälle werden Eisen und Terpentin am meisten empfohlen. Zur Coupirung des einzelnen Anfalls: Erzeugung einer mässigen Asphyxie durch Zuhalten von Nase und Mund, starke Faradisirung der Haut; nie versagen soll die Erzeugung von Nausea durch Apomorphin subcutan.

Ref. musste sich auf wenige Einzelheiten beschränken; das Buch ist voll des Anregenden, die äussere Ausstattung vorzüglich. Tuczek.

V. Personalien.

Vacante Assistenzarztstellen:

1. Prov.-Irrenanstalt Marsberg (Westphalen). (Volontärarzt mit 600 Mark Staatszuschuss und freier Station I. Cl.)
2. Rhein. Provinz-Irrenanstalt Düren (Volontärarzt wie ad 1).
3. Pommersche Prov.-Irrenanstalt Ueckermünde (Gehalt 1200 Mark).

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. April. № 8.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber einige Reflexe im Kindesalter von Prof. Dr. **A. Eulenburg.** — 2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen von Dr. **Schäfer.** — 3. Aus der Heidelberger medizinischen Klinik. Nervendehnung bei Tabes von Dr. **G. Winter.**

II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Verhandlungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde. Vorträge von Prof. **Goltz** und Dr. **Ferrier.** — Pathologische Anatomie. 2. Ueber eine Missbildung des Gehirns von Dr. **O. Binswanger.** — Pathologie des Nervensystems. 3. Le signe du tendon rotulien par **L. de Beurmann.** 4. Ein Fall von Meningitis basilaris non tuberculosa von **J. Bókai.** — 5. Paralysie spinale aiguë de l'adulte développée au cours d'une ataxie locomotrice progressive par le docteur **Raymond** et le docteur **Oulmont.** 6. Zur Casuistik der Meningitiden von Prof. **Huguenin.** 7. Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Lésions anatomiques par Prof. **Demange.** 8. Cases of cerebellar disease by **J. Dreschfeld.** — Psychiatrie. 9. 1) **Doutrebente,** Note sur la Folie à double forme. 2) **Taguet,** Contribution à l'étude du délire intermittent. 3) **Rousseau,** de la fièvre intermittente. — Therapie. 10. Das Chinolinum tartaricum, das neue Ersatzmittel des Chinins, als Heilmittel gegen den Keuchhusten von Dr. **Koch.** — Forensische Psychiatrie. 11. Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung von Dr. **Sterz.** — Anstaltswesen. 12. I. Thirty-fifth Report of the Commissioners in Lunacy (England and Wales) for the Year ending Dec. 31. 1880. II. Twenty-third Annual-Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, for the year 1880. III. Report of Inspectors of Irish Asylums for the year 1880. 14. Ueber den Fortschritt der Irrenversorgung in der Schweiz.

III. **Aus den Gesellschaften.**

IV. **Bibliographie.** Die Nervosität von Dr. **P. J. Möbius.**

V. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber einige Reflexe im Kindesalter.

Von Prof. Dr. **A. Eulenburg** in Greifswald.

Bereits vor mehreren Jahren habe ich über das Verhalten der sogenannten Sehnenreflexe bei Kindern Untersuchungen angestellt und veröffentlicht.[1] Aus denselben ging u. A. hervor, dass das Kniephänomen schon unmittelbar nach der Geburt vorhanden ist und dagegen nicht selten mit vorrückendem Lebensalter eine Abschwächung erleidet. Unter 17 Neugeborenen, die ich am ersten Lebenstage untersuchte, zeigten 16 das Kniephänomen deutlich; unter 214 ge-

[1] Ueber Sehnenreflexe bei Kindern. Deutsche Zeitschr. für prakt. Medicin. 1878. Nr. 31.

Digitized by Google

sunden Kindern im ersten Lebensjahre 205 — das Phänomen fehlt also in 9 Fällen, = 4·21 %. Da nach Berger's bekannter Statistik bei gesunden Erwachsenen das Kniephänomen nur in 1·56 % vermisst wird, so ist Fehlen desselben bei Kindern im ersten Lebensjahre immerhin erheblich häufiger als bei Erwachsenen.

Die in dieser Zeitschrift[1] früher mitgetheilten Ergebnisse meiner Untersuchungen über die Latenzdauer des Sehnenphänomen haben mich inzwischen genöthigt, die einfach reflectorische Auffassung dieser Vorgänge in Zweifel zu ziehen, da dieselbe sich mit der durchschnittlichen Kürze der Latenzperiode bei Gesunden und Kranken nicht gut vereinigen lässt. Es war mir daher von Interesse, sowohl meine früheren bezüglichen Untersuchungen über die Häufigkeit der Sehnenphänomene bei Kindern einer nochmaligen Prüfung zu unterziehen, wie auch diese Prüfung gleichzeitig auf andere unzweifelhafte Reflexe (Haut- und Schleimhautreflexe) zu erstrecken und über deren Häufigkeit im kindlichen Alter ein statistisches Material zu gewinnen. — Die von mir im letzten Winter aushülfsweise übernommene Direction der hiesigen Kinderpoliklinik lieferte mir dazu reichliche Gelegenheit, und auf meine Veranlassung unterzog Herr Dr. Haase, bisher Assistenzarzt der genannten Poliklinik, sich bereitwillig der speciellen Durchführung dieser Untersuchungen. Dieselben dehnten sich auf die Sehnenphänomene (Knie- und Fussphänomen) und verwandten sogenannten Knochenreflexe (Tibial-, Radius-Reflex), auf Bauch- und Cremasterreflex, Nasen- Ohren- Corneal- und Pupillarreflex aus.

Untersucht wurden im Ganzen 124 gesunde Kinder im Alter von 1 Monat bis zu 5 Jahren (überwiegend in den beiden ersten Lebensjahren). Die Untersuchung bestätigte zunächst meine früheren Angaben in Betreff des relativ häufigen Fehlens des Kniephänomens im Vergleich zu Erwachsenen; dasselbe fehlte nämlich in 7 Fällen (= 5·65 %) beiderseitig, in drei Eällen (= 2·42 %) einseitig. Das Fussphänomen fehlte oder war wenigstens sehr undeutlich in der grossen Mehrzahl der Fälle, nämlich 101 (= 81·45 %); die sogenannten Knochenreflexe waren noch seltener (Tibialreflex fehlte bei 108 = 87·1 %; Radiusreflex bei 109 = 87·6 %). Dagegen waren die als unzweifelhafte Reflexe aufzufassenden Haut- und Schleimhautreflexe (Bauchreflex, Nasenreflex, Cornealreflex, Pupillarreflex) **ganz konstant** vorhanden und wurden in keinem einzigen Falle vermisst; nur der Ohrenreflex, dessen Untersuchung übrigens bei Kindern oft schwierig ist, wurde in 5 Fällen (= 4·03 %) nicht deutlich gefunden.

Der Crermasterreflex wurde bei 78 Knaben geprüft; derselbe war in 20 Fällen (= 25,64 %) fehlend oder wenigstens nicht deutlich; in 2 Fällen wurde neben der Testikelerhebung noch eine unvollkommene Erektion des Penis beobachtet.

[1] Ueber die Latenzdauer und der pseudoreflektorischen Charakters des Sehnenphänomenes. Neurol. Centralbl. Nr. 1.

Digitized by Google

Die Vertheilung der Reflexe auf die verschiedenen Stufen des kindlichen Alters ergiebt sich aus folgende Tabelle (wobei der Cremasterreflex zur Erleichterung der Uebersicht weggelassen ist und die im Alter von 2—5 Jahren stehenden Kinder zu einer — der untersten — Rubrik vereinigt sind).

Anzahl der Kinder	Alter in Monaten	Vorhandensein der Reflexe bei: Kniephänomen doppelseitig	Kniephänomen einseitig	Fussphänomen	Tibialreflex doppelseitig	Tibialreflex einseitig	Radialreflex doppelseitig	Radialreflex einseitig	Bauchreflex	Nasenreflex	Ohrreflex	Cornealreflex	Pupillarreflex
1	1	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1
1	3	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1
2	4	2	—	—	—	—	—	—	2	2	1	2	2
4	5	4	—	1	—	—	—	—	4	4	4	4	4
8	6	8	—	1	—	2	—	—	8	8	8	8	8
11	7	10	1	—	4	1	3	—	11	11	10	11	11
12	8	11	—	4	2	—	1	—	12	12	10	12	12
4	9	4	—	2	1	—	—	—	4	4	4	4	4
11	10	10	—	2	1	—	1	—	11	11	11	11	11
3	11	3	—	—	—	—	1	—	3	3	3	3	3
10	12	8	—	1	—	1	—	—	10	10	10	10	10
7	13	6	—	1	—	—	1	—	7	7	7	7	7
6	14	5	1	1	—	1	—	—	6	6	6	6	6
4	15	4	—	1	—	—	—	1	4	4	4	4	4
10	16	9	—	4	1	—	2	—	10	10	10	10	10
4	17	4	—	1	1	—	1	—	4	4	4	4	4
5	18	5	—	1	—	—	1	—	5	5	5	5	5
4	19	4	—	1	—	—	—	—	4	4	4	4	4
1	20	1	—	—	—	—	—	—	1	1	—	1	1
1	22	1	—	—	—	—	—	—	1	1	1	1	1
3	23	2	1	1	—	—	1	1	3	3	2	3	3
3	24	1	—	—	—	—	—	—	4	4	4	4	4
8	25—60	8	—	1	—	1	1	—	8	8	8	8	8
124		112	3	23	10	6	13	2	124	124	119	124	124
		= % 90·32	2·42	18·55	8·06	4·84	10·48	1·61	100	100	95·97	100	100

Digitized by Google

Beachtenswerth dürfte immerhin das ausnahmslose Vorhandensein der meisten Haut- und Schleimhautreflexe im Vergleich zu der mehr oder minder grossen Inconstanz der Sehnenphänomene auch insofern sein, als auch dieser Umstand nicht gerade zu Gunsten des reflectorischen Characters dieser Phänomene spricht. Allerdings könnte eingewandt werden, dass auch dem Cremasterreflex eine ähnliche Inconstanz zukommt, bei dessen öfterem Fehlen jedoch ganz besondere locale Momente mit im Spiele zu sein scheinen.

Auf meine Veranlassung wurde von Herrn Dr. Haase auch das Verhalten der Reflexe bei einer grösseren Anzahl von fiebernden Kindern gezählt (Fälle von typhoider Gastroenteritis, Scarlatina, croupöser Pneumonie, epidemischer Ceerebrospinalmeningitis, mit Temperaturen bis zu 40·6°). Constante Resultate wurden hierbei nicht erhalten. Im Allgemeinen zeigte sich zwar mit dem Steigen und Fallen der Temperatur auch ein Wechsel in der Intensität der Reflexe, jedoch keineswegs so, dass letztere dem Verhalten der Temperatur conform erschienen; vielmehr bewegten sich die Intensitätsschwankungen unabhängig von der Fiebercurve und gelangten sogar nach erfolgter Defervescenz im Reconvalescenzstadium noch zur Beobachtung. Den verhältnissmässig geringsten Schwankungen waren der Bauch- und der Cremasterreflex unterworfen. Bei einem 16 Jahre alten Mädchen mit Meningitis cerebrospinalis epidemica verschwand das Kniephänomen während der Fieberacme auf einer Seite, kehrte aber beim Fieberabfall wieder. Bei den reinen encephalomeningitischen Processen ist, wie ich dies schon in meiner früheren Mittheilung hervorhob, das Kniephänomen in der Regel deutlich vorhanden.

---

2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung.

Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen.

Von Dr. **Schäfer**, früher Arzt der Heilanstalt zu Pankow.

Wenn ich mit Einem Falle in die Oeffentlichkeit zu treten wage, so mag die Rechtfertigung in dem Umstande liegen, dass derselbe, von einigen Besonderheiten des Krankheitsverlaufes abgesehen, eine bisher nicht beobachtete Störung des Circulationsapparates darbot, welche als sehr wesentlich für die Psychose betrachtet werden musste. Da mir selbst, nachdem ich die hiesige Anstalt verlassen habe, kaum sobald die Möglichkeit geboten sein dürfte, an anderen Fällen Beobachtungen über die Constanz der fraglichen Störung anzustellen, habe ich mir die Veröffentlichung des Falles nicht versagen wollen, um vielleicht die Prüfung der einschlägigen Verhältnisse von anderer Seite zu veranlassen.

Der von mir beobachtete Fall ist folgender:

G. L. wurde am 23. December 1880 in die Anstalt aufgenommen. Die Anamnese ergab, dass der Vater an einem Nervenleiden gestorben war, im Uebrigen aber nervöse Erkrankungen in der Familie nicht vorgekommen waren. — Pat. ist am 24. Juni 1861 geboren und soll bis zu seinem 10. Jahre ganz gesund gewesen sein. In diesem Jahre soll er einen „Wettlauf“ mit einem

Digitized by Google

Pferde gemacht und darauf einen — den ersten — asthmatischen Anfall bekommen haben. „Mit diesem Asthma“ — schreibt der Kranke in einem curriculum vitae — „beginnt auch schon meine Nervenkrankheit. Ich bin von der Zeit an nie meines Lebens wieder froh geworden.“ — Pat. besuchte die Schule bis zum Jahre 1870 und zwar bis Obersecunda. Sein Schülerleben, so erzählte er mir einmal, sei sehr wechselvoll gewesen; zu Zeiten seien ihm alle Arbeiten sehr leicht gefallen, namentlich habe er die deutschen Aufsätze mit grosser Schnelligkeit angefertigt; zu anderen Zeiten wäre es gar nicht vorwärts gegangen und er hätte dann von seinen Lehrern Vorwürfe über seine Faulheit davongetragen. In diese Zeit fallen häufige asthmatische Anfälle, wegen deren Ems besucht wird, jedoch ohne wesentlichen Erfolg. — Pat. lernte nun die Landwirthschaft. Im Spätsommer 1879 bekam er seinen „ersten eigentlichen und stärksten Nervenanfall“. Der Arzt schreibt darüber: „Der sonst muntere junge Mann wurde still und in sich gekehrt, theilnahmslos für alle ihm gebotenen Vergnügungen, beklagte sich, dass er ein durchaus unbrauchbarer Mensch sei und legte sich zu Bette. . . . Er war so apathisch, dass man nur mit Mühe eine Antwort von ihm erzielen konnte . . . er verweigerte jegliche Nahrung“ etc. Gegen Weihnachten erholte er sich, doch „bedurfte es noch lange, lange Zeit, bis er völlig geistig klar und als genesen zu betrachten war“. „Im folgenden Sommer blieb ich zu Hause,“ schreibt der Kranke, „amüsirte mich, faulenzte und brachte viel Geld durch.“ Auch in diese Zeit fallen wieder asthmatische Anfälle, weshalb er Ems von Neuem besuchte. Ende November 1880 stellte sich wieder ein menschenscheues Wesen ein, wie im Jahre vorher, das bis Mitte December anhielt, wo er, wie die Mutter erzählt, eine urplötzliche Aenderung dahin erfahren, dass er sich eines Morgens für völlig gesund erklärt, sehr redselig und ungewöhnlich munter auftritt, sich sein Pferd satteln lässt, um angeblich einen Freund in nächster Nähe zu besuchen, aber einen Spazierritt von einigen Meilen und zwar so ungestüm unternimmt, dass das Pferd mehrmals stürzt und lahm geritten ist; in dem Orte, nach welchem er geritten, hat er bei verschiedenen Kaufleuten Händel angefangen, die seine Geistesstörung ausser Zweifel setzten. In den nächsten Tagen ungebührliches Benehmen gegen seine Mutter, macht verschiedene Einkäufe wie Revolver, Dynamit, macht eine Attaque gegen eine alte Wirthschafterin, zwei jungen Mädchen Heirathsanträge; schläft wenig. — Unter diesen Umständen wurde am 23. December 1880 seine Ueberführung nach der Anstalt vorgenommen.

Aus der Krankengeschichte hebe ich Folgendes hervor:

Am 23. December. Sehr lebhaft, geräth schnell in Streit mit der Umgebung, schreibt zwei Stunden nach der Aufnahme an seinen Schwager: „Bitte sei so gut und komme bald, sonst kriegt der erste beste von den verfluchten Kerlen hier 'ne Tracht voll, die sich gewaschen hat. Dir werde ich nachher die Ohren zeigen.“ — Abends 2,5 Chloral.

Am 24. December. Andauernd erregt, droht Alles zu zerschlagen, falls er nicht herauskäme, es juckte ihn in den Fingern, jedem eine Ohrfeige zu geben, will alle Kranken durch Prügel curiren, spricht viel von seinem günstigen Ein-

Digitized by Google

flusse auf die Umgebung. — Nachmittags starke Dyspnoe mit weit hörbaren Rhonchi; eine Untersuchung lässt Pat. nicht zu. — Abends vorübergehend deprimirt, weinerlich.

Am 28. December. Bis heute lebhafte gehobene Stimmung, spricht viel von seinen Talenten, seiner Körperkraft, Geschicklichkeit etc. Heute erklärt er sich matt, will nicht aus dem Bette, spricht weniger.

Am 29. December. Sehr deprimirt; liegt zu Bette; bedeckt sein Gesicht mit dem Arme, weil er Niemanden in's Gesicht sehen könne; entfernt man den Arm gewaltsam, so erscheint sein Blick starr und ängstlich; die Sprache ist langsam und monoton, er wiederholt häufig dieselbe Betheuerung, dass er nichts tauge; spricht jedoch nur auf wiederholte Anfragen und leise, geniesst nur, was ihm in den Mund gesteckt wird.

Am 8. Januar 1881. Der melancholische Zustand hat sich in gleicher Weise erhalten; Schlaf unterbrochen, Stuhlgang retardirt, Appetit äusserst gering. — Nachdem er heute Morgen noch in gleichem Zustande angetroffen worden war, steht er am Nachmittag plötzlich auf, spricht laut und schnell, erklärt sich von seiner „Krankheit" genesen, isst tüchtig.

Am 9. Januar. Sehr lebhaft und beweglich, läuft fortwährend geschäftig umher, spricht und schreibt viel, beginnt Pläne zu schmieden, will Gardekürassier werden. — Bittet selbst um Chloral, da er sonst nicht schlafen würde; Appetit vorzüglich.

In den nächsten Tagen zunehmende Lebhaftigkeit und Plänesucht, bestellt sich Luftpistolen eigener Construction, renommirt; dabei ist er in hohem Grade reizbar und unverträglich, bekommt leicht Streit und will sich mit Allen raufen, singt. —

Am 14. und 15. Januar Asthma. Am 16. Januar Nachmittags vorübergehende Verstimmung. Die Erregung hält bis zum 23. Januar an; am Nachmittage des 23. grössere Ruhe, gewisse Aengstlichkeit und Schwerfälligkeit in den Bewegungen, ungewöhnliche Fügsamkeit in den Willen Anderer. Am 24. Januar tiefe Melancholie.

Um nicht häufigen Wiederholungen zu verfallen, gebe ich folgendes Resumé der Krankengeschichte, bei welchem ich nur zu bemerken habe, dass die folgenden maniakalischen Anfälle nicht mehr so stürmisch verliefen, wie die ersten, der Kranke vielmehr weit mehr zugänglich war, sich unweigerlich untersuchen liess, und meist nur sehr gehobenes Selbstbewusstsein, ungewöhnliche Redseligkeit und Schreibseligkeit neben einem neckischen Wesen und erhöhter Reizbarkeit zu Tage trat; die Melancholie dagegen verlief stets in der gleichen Intensität. Es folgten nun

vom 24. Januar bis 3. Februar Melancholie.
vom 4.—21. Febr. Manie; am 5. vorübergehende Verstimmung; am 14. Asthma.
vom 22. Febr. bis 3. März Melancholie.
vom 4.—16. März Manie; am 4. Asthma; am 9. Herpes labialis; am 10. vorübergehende Verstimmung; am 15. Asthma.
vom 17.—24. März Melancholie.

Digitized by Google

vom 25. März bis 3. April Manie; am 31. März u. 1. April Asthma; Herpes am rechten Unterkieferrande und am linken Theil der Oberlippe.

vom 4. April bis 13. Mai Melancholie; am 10. April Abends setzt sich Pat. plötzlich im Bette auf, macht allerhand Bestellungen, erklärt morgen aufstehen zu wollen etc. Nach circa $^1/_4$ Stunde verfällt er wieder in Melancholie.

In der Nacht vom 14. zum 15. Mai richtet sich Pat. plötzlich gegen 12 Uhr im Bette auf, spricht mit lauter Stimme, erklärt nunmehr die „Krankheit" für überwunden. — In den nächsten Tagen erklärt er sich anfangs matt und „schlapp", wird jedoch zusehends munterer. Ueber den ganzen Körper verbreitet eine kleienförmige Abschilferung der Haut, an den Extremitäten und dem Gesichte zahlreiche Acneknötchen. Am 18. Mai Asthma; am rechten Mundwinkel eine kleine Gruppe von Herpesbläschen.

In der nun folgenden Zeit ist das ausgesprochene Bild einer Manie oder Melancholie nicht mehr vorhanden, indessen macht sich ein häufiger Wechsel der Stimmung bemerkbar, so zwar, dass der Kranke tagelang sich, soweit als möglich, von der Gesellschaft zurückzieht, jedem ihn angebotenen Vergnügen unter irgend einem Vorwand entsagt, sich meist auf das Zimmer beschränkt und liest, andrerseits wiederum tagelang die Gesellschaft aufsucht, lebhafter spricht, schreibt, Spaziergänge unternimmt, sich neckische Scherze gestattet, ohne aber die Grenzen der Schicklichkeit wesentlich zu überschreiten. Noch weit weniger scharf als die einzelne Stadien sind die Uebergänge von einem Stadium zum anderen. Unter diesem Vorbehalte lässt sich der weitere Krankheitsverlauf folgendermaassen gruppiren:

Bis zum 23. Mai maniakalische Stimmung; am 18. Asthma und Herpes am rechten Mundwinkel.

Bis zum 9. Juni melancholische Stimmung.

Bis zum 20. Juni maniakalische Stimmung; am 16. Asthma.

Bis zum 7. Juli melancholische Stimmung.

Bis zum 17. Aug. maniakal. St.; am 15. Juli Herpes am rechten Mundwinkel;
am 17. Juli Asthma;
am 21. Juli Herpes der linken Oberlippe;
am 26. Juli vorübergehende Verstimmung;
am 28. Juli Asthma;
am 10. August Asthma.

Am 17. August wurde Pat. versuchsweise entlassen.

Bezüglich des Stat. corp. trage ich nach, dass Pat. etwas über mittelgross, von kräftigem Körperbau ist. Pupillen von mittlerer Weite, guter Reaction, gleich. — Gesichtshälften gleich. — Lungengrenzen in der asthmafreien Zeit: RV. oberer Rand der 7. Rippe, LV. oberer Rand der 5. Rippe;. H beiderseits 11. Wirbel. Herzdämpfung klein, Herzstoss schwach, innerhalb der Mamillarlinie. Herztöne rein. Während des Asthmas: Starke Action der respiratorischen Hilfsmuskeln, inspiratorische Einziehung des Epigastrium. Lungengrenzen: RV. oberer

Digitized by Google

Rand der 8. Rippe, LV. unterer Rand der 5. Rippe; H. beiderseits 12. Wirbel. Zahlreiche Rhonchi. Leber zwei Finger breit unter dem Rippenrande fühlbar, Milz nicht vergrössert.

Ueber die Diagnose dürfte ein Zweifel nicht vorhanden sein: wir haben es mit einem typischen Falle circulärer Geistesstörung zu thun.

(Fortsetzung folgt.)

---

3. Aus der Heidelberger medizinischen Klinik. Nervendehnung bei Tabes.

Von **Dr. G. Winter**, klin. Assistenzarzt.

Obgleich die Frage der Nervendehnung bei Tabes dorsualis nahezu definitiv abgeschlossen sein dürfte, möchte doch die Mittheilung des nachstehenden Falles, insofern er die gänzliche Unwirksamkeit der Nervendehnung bei der genannten Krankheit darlegt, noch immer Interesse bieten.

H. M., 38 J., Friseuse aus Gemünden a./M., war, abgesehen von einigen leichteren Affectionen verschiedener Art, stets gesund: sie ist neuropathisch nicht belastet, hatte niemals luetische Symptome. Vor 9 Jahren entwickelte sich eine complete Abducenslähmung am linken Auge, welche seitdem unverändert persistirt. Um dieselbe Zeit traten lancinirende Schmerzen in beiden Beinen auf, welche in wechselnder Intensität bis zum Jahre 1880 bestehen blieben; dazu kamen Parästhesien verschiedener Art in beiden unteren Extremitäten.

Um Ostern 1880 stellten sich ataktische Symptome ein, welche rapide zunahmen, so dass Pat. bald ausser Stande war, ohne fremde Hülfe zu gehen.

Seit 6 Wochen bestehen leichte cystitische Symptome.

Die bisherige Medication, welche in Salzbädern, Argent. nitricum, Galvanismus bestand, war ohne Erfolg.

Status präsens (9. November 1881). Mässige allgemeine Ernährung. Die Muskulatur der unteren Extremitäten ist nicht atrophisch, aber schlaff; beide Beine sind gleich im Volumen. Die grobe motorische Kraft ist vollständig erhalten; die Bewegung in den Gelenken ist frei, nur die Streckung des rechten Unterschenkels geht zögernd und stossend vor sich.

Die Sensibilität für Empfindungen aller Qualitäten ist normal; sensible Leitung ist nicht verlangsamt; keine Störungen im Gebiet der Muskelsensibilität.

Die Reflexe von den Fusssohlen sind träge vorhanden; die Patellarsehnenreflexe fehlen beiderseits; kein Dorsalklonus.

Beide Beine, frei in die Luft ausgestreckt, schwanken stark, namentlich das rechte; beim Augenschluss nimmt das Schwanken zu. Bei Bewegungen der Beine treten ataktische Störungen auf, deutlicher rechts als links.

Pat. schwankt beim Stehen mit offenen Augen; beim Augenschluss fällt sie um.

Der Gang ist ohne Unterstützung nicht möglich; das rechte Bein wird stampfend und schleudernd hingesetzt, das linke wird etwas nachgeschleift.

Digitized by Google

Beide Pupillen reagiren nicht bei Lichteindruck, aber vollständig normal bei der Akkommodation.

Der M. abducens am linken Auge ist gelähmt; es besteht deshalb Strabismus convergens.

Die oberen Extremitäten sind vollständig frei.

Da über die Diagnose einer echten Tabes dorsualis ein Zweifel nicht bestehen konnte, wurde am 26. November 1881 von Herrn Geh. Hofrath Czerny die Dehnung des N. ischiadicus ausgeführt. Der Nervenstamm wird durch einige kräftige Traktionen central und peripher so weit gedehnt, dass man ihn in eine Nulltour umbiegen kann.

Nach der Dehnung traten sehr heftige Schmerzen im Rücken ein, welche erst nach 2 Tagen wieder verschwanden.

Die Wunde heilte per primam. Bei der nach der Operation, am 13. Dez. 1881, vorgenommenen Untersuchung ergiebt sich, dass alle Symptome gänzlich unverändert geblieben sind; die Ataxie ist ebenso hochgradig, wie vor der Nervendehnung; Pat. meint sogar, dass sie sich auf dem rechten Bein etwas unsicherer fühle als vorher.

In unserem Falle wurde die Dehnung des N. ischiadicus nur auf der einen Seite vorgenommen, lediglich in der Absicht, um durch den Vergleich der beiden Beine nach der Operation eine sichere Controlle über die Wirksamkeit der Dehnung zu bekommen. Ein günstiger Erfolg derselben hätte sich daher wohl auf der operirten Seite einstellen sollen; hiervon liess sich aber in unserem Falle nichts constatiren, im Gegentheil, es trat eine gewisse Verschlimmerung ein.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Verhandlungen über die Localisation der Functionen in der Grosshirnrinde. (Transactions of the internat. med. Congr. in London. Vol. I.)

Vortrag von Prof. Goltz (Strassburg).

Nachdem der Vortragende kurz die Hauptmomente zur neuen Anschauung über die Function der Gehirnrinde erwähnt und auf einige Widersprüche aufmerksam gemacht, wendet er sich zu seinen eigenen Untersuchungen an Hunden. Als erstes Versuchsergebniss resultirt aus diesen, dass die alte Lehre von Flourens, nach welchem ein kleiner Rest des Grosshirns noch im Stande sein soll, sämmtliche Functionen des gesammten Grosshirns auszuüben, auf einem Irrthum beruht, dass vielmehr jede erhebliche Zerstörung beider Grosshirnhälften immer auffällige bleibende Störungen der höheren Sinnesthätigkeit des Thieres, insbesondere Herabsetzung der Intelligenz verursacht, ohne dass letztere, wie Ferrier meint, an den Stirnlappen gebunden sei.

In der ersten Zeit tritt aber auch nach jeder grösseren Verletzung einer Grosshirnhemisphäre Hemiplegie auf, die indessen ebenso wie die gekreuzte Blindheit nur vorübergehend ist. In ähnlicher Weise geht auch nach doppelseitiger Zerstörung der Grosshirnrinde die Blindheit beider Augen zurück, nur bleibt hier jener bekannte Zustand, bei welchem die Eindrücke des Auges nicht intelligent verwerthet werden, den Munk als Seelenblindheit, G. als Hirnsehschwäche bezeichnen möchte.

Digitized by Google

Gleiche Störungen erleiden auch die übrigen Sinnesorgane. Diesen vorübergehenden Störungen, die dazu bei den verschiedensten unsymmetrischsten Verletzungen der Rinde beiderseits überaus ähnlich waren, ja bei ausgesprochenen Störungen der Gesichtswahrnehmung stets auch die übrigen Sinnesfunctionen mit einbegriffen, veranlassen den Vortragenden, die neueren Localisationshypothesen, durch welche die Grosshirnrinde in kleine umschriebene Felder mit gesonderten Functionen zerlegt wird, zurückzuweisen, ohne dass er damit jede Localisation der Grosshirnfunction leugnen will. Aus den unterdessen erschienenen gesammelten Abhandlungen theilt der Vortragende noch mit, dass er weder nach Verlust der ganzen sogenannten Sehsphäre dauernde Blindheit, nach bei weit grösseren Defecten vollständigen Verlust des Gehörs, des Geschmacks oder Geruchs beobachtet habe und stellt im Anschluss daran einen Hund vor, dem er bis zum 25. Mai die Rinde beider Scheitellappen und Hinterhauptslappen weggenommen hat. Der Hund läuft im Zimmer vollständig munter, aber etwas plumper umher, gleitet nur gelegentlich leicht mit einem Hinterfusse aus, erhebt sich in seinem Kasten auf die Hinterfüsse und legt die Vorderpfoten auf den Rand des Kastens, vermeidet alle Hindernisse beim Umherlaufen, geht auch einem weissen Tuche aus dem Wege; dagegen erschrickt er weder vor der Peitsche noch vor dem Knallen derselben, ja erzürnt sich nicht einmal gegenüber einer fauchenden Katze, während beim Spiel mit Hunden erhaltene stärkere Bisse alsbald beweisen, dass er weder die Schmerzempfindung, noch das Vermögen zu knurren und die Zähne zu fletschen verloren hat. Doch versteht er es nicht einen Knochen gehörig mit den Pfoten festzuhalten.

Aus den Erfahrungen an diesem Thiere glaubt G. seine schon früher aufgestellten Sätze vollständig bestätigt; darin gipfelnd, dass die Rinde des Grosshirns das Organ der höheren Seelenthätigkeit sei und eine Wegnahme grosser Stücke derselben weder eine Muskellähmung noch ein Erlöschen irgend einer Sinnesthätigkeit zur Folge habe. Doch zeigen Thiere mit zerstörtem Scheitellappen dauernd plumpere Bewegungen und stumpfere Hautempfindung, solche mit zerstörtem Hinterlappen stärkeren Blödsinn.

Vortrag von Dr. Ferrier (London).

Ohne die Befunde von G. anzugreifen, begnügt sich der Vortr. in der Einleitung damit, den Schlussfolgerungen desselben entgegenzutreten, welche in vollstem Widerspruch mit den Resultaten an anderen Thiergattungen stehen. Wenn nach theilweiser Zerstörung der Hemisphären Hunden soviel Leistungsfähigkeit verblieben ist, so gilt dieses eben nur für Hunde, während beim Affen und Menschen die Lähmung von Dauer ist. Durch die Antisepsis ist es jetzt aber auch möglich geworden, Affen genügend lange Zeit nach der Operation am Leben zu erhalten, um von einem dauernden Resultat sprechen zu können. Aus diesen theilt dann der Vortr. mit, dass er bei Cauterisation eines einen Centimeter im Durchmesser haltenden Rindenfeldes in der Mitte der aufsteigenden Frontal- und Parietalwindungen einen Fähigkeitsverlust der Vorderarmbeugung und des Handschlusses beobachtet habe und demonstrirt dann die betreffende Rindenläsion am Präparat. Ferner schildert er das Verhalten eines Affen, der nach Cauterisation des sog. Beincentrums anfangs auch eine leichte Affection des Armes gezeigt hatte, in der Folge aber nur an einer Parese des Beines mit Contractur, Erhöhung der Sehnenreflexe bei gleichzeitiger Herabsetzung des Plantarreflexes litt. Dieses Thier wurde 8 Monate nach der Operation getödtet und die mikroskopische Untersuchung ergab ausser der Rindenläsion eine absteigende Degeneration durch die Capsula interna, Crus, Pons, Medulla und den Rückenmarks-Seitenstrang der entgegengesetzten Hälfte. Dann berichtet der Vortr. von einem Affen, welchem die motorische Zone der linken Hemisphäre 4 Monate zuvor zerstört war und der eine vollständige motorische Hemiplegie der rechten Seite zurückbehalten

Digitized by Google

hatte, nachdem einige andere Erscheinungen, wie conjugirte Augenablenkung, Lähmung des Facialis, vorübergegangen waren. Der übrige Befund war ziemlich der gleiche wie bei der Hemiplegie des Menschen.

Ein anderes Bild bot ein weiterer Affe, dem die Occipitallappen und die Gyri angulares beiderseits entfernt waren. Das Resultat dieser Operation war vollständige Blindheit bei Intaktsein aller anderen Sinne und der motorischen Kraft. Der Tod trat nach 11 Monaten ein. Bei einem anderen Affen, dessen Vorstellung noch erfolgt, hat der Vortr. die obere Temporo-sphenoidalwindung beiderseits zerstört, ohne dass eine andere Störung auftrat als Verlust des Hörvermögens, während er im Gegensatz zu Munk bei Verletzung des hinteren Temporo-sphenoidallappens bei einem Affen das Vorhandensein von Gehörseindrücken aller Art nachweisen konnte. Alle diese Befunde veranlassen F. die Hypothese von Goltz als irrig zu bezeichnen.

In der folgenden Discussion ergreift nur Dr. Cros das Wort, um nach einigen theoretischen Erörterungen sich der Localisationstheorie anzuschliessen mit der Einschränkung, dass es sich dabei um die Localisation von Erinnerungsbildern handle.

Vorstellung der operirten Thiere.

Zunächst stellte Goltz den Hund vor, über welchen schon oben berichtet ist. Aus der Demonstration ist noch zu erwähnen, dass nach künstlichem Verschluss der Augen das Verhalten des Thieres sich sehr ändert, dass dasselbe überall anstösst und bestrebt ist, sich die Kappe vom Kopf zu streichen. Mit offenen Augen geht der Hund an Hindernissen vorüber, scheut aber weder die Peitsche noch die Faust; ebenso hört und riecht das Thier, aber die Reaktion ist eine andere, er schreckt weder vor harten Anrufen, noch flieht er den den Hunden unangenehmen Cigarrendampf. Ebenso fühlt der Hund, wenn auch die Empfindlichkeit etwas herabgesetzt ist. G. glaubt zum Schluss den Hund als einen harmlos blödsinnigen bezeichnen zu müssen.

Dann stellte Ferrier die beiden erwähnten Affen vor, von welchen der erste eine Störung darbot, die mit einer dauernden Hemiplegie beim Menschen eine unverkennbare Aehnlichkeit hat. Der zweite bot kein Anzeichen einer motorischen Störung. Doch war er vollständig taub. Auf eine laute Erschütterung reagirte von den beiden neben einander sitzenden Affen nur der hemiplegische, während der andere keine Andeutung eines gehörten Schlages zeigte, ein Versuch, der mehrmals mit demselben Erfolg wiederholt wurde.

Prof. Gerald Yeo (London), welcher mit Ferrier zusammen den chirurgischen Theil der Operationen übernommen, ergriff das Wort, um zunächst zu erklären, dass er sich durch die tägliche Beobachtung der operirten Thiere für berechtigt halte, ein Urtheil in dieser Sache abzugeben, zumal anfangs ein gewisses Misstrauen gegen die corticalen Centren im Sinne Ferrier's ihn beherrscht hat. Aber die positiven so wenig mit den G.'schen Erfolgen übereinstimmenden Resultate veranlassen ihn, sich die Frage vorzulegen, ob das Verhalten des Hundes entgegen den gegebenen Anschauungen noch andere Erklärungen zulasse.

Aus dem vielfach plötzlichen Anhalten des Hundes vor einem Gegenstand, aus dem häufigen Hinüberstreichen über die rechte Kopfseite, als solle ein Hinderniss entfernt werden, schliesst der Vortr., dass das Gesicht doch nicht völlig intakt sei, während er die Furchtlosigkeit des Hundes vor Peitsche und Faust so auffassen möchte, dass der Hund mit diesen Manövern vollständig vertraut ist und weiss, dass sie keine unangenehmen Folgen haben. Auch das übrige Betragen versucht der Vortr. anders als Goltz zu erklären und ist ferner der Meinung, dass die unnatürlichen und ungeschickten Bewegungen des Hundes nicht sowohl einem Mangel an Intelligenz als einer Parese der Hinterbeine ihre Entstehung verdanken.

Diesen Anschauungen und den zweifellos beweisenden Versuchen am Affen ent-

Digitized by Google

sprechend glaubt Yeo, dass die Localisation der Hirnfunctionen als gesichert zu betrachten sei.

Hund und Affe wurden nunmehr in Chloroformnarkose getödtet; die Gehirne wurden sorgfältig herausgenommen und in der nächsten Sitzung vorgelegt. Prof. Goltz macht dann auf das geringe Gewicht aufmerksam, welches das Gehirn des Hundes darbot, resultirend aus einem der Operation noch nachfolgenden Untergang von Gehirnsubstanz und ferner auf die unsymmetrische Verletzung des Gehirns.

Nachdem auch noch Ferrier das Gehirn seines Affen demonstrirt hat, schlägt der Präsident Foster vor, eine Commission zur Untersuchung der Gehirne zu ernennen. Dem Antrag entsprechend werden ernannt Gowers, Klein, Schäfer, Langley.

Vorläufiger Bericht.[1]

Die Läsion der linken Hemisphäre des Hundes (untersucht von Dr. Klein) umfasst den mittleren hinteren Theil des Gyrus sigmoideus, einen mittleren vorderen Theil der mittleren Windung und von derselben beinahe die ganze hintere Partie, sowie die hintere Partie der oberen Windung mit Ausnahme des Randes an der Medianfissur.

Die graue Substanz scheint im Bereich der Läsion völlig entfernt zu sein. Was die Läsion der rechten Hemisphäre des Hundes betrifft (Dr. Langley-Cambridge), so ist von der oberen Windung die äussere Hälfte des Gyrus sigmoideus am meisten betheiligt, vom hinteren Theil des vorderen Limbus ist nahezu die ganze graue Substanz zerstört, vom hinteren Limbus ist die graue Substanz völlig entfernt mit Ausnahme eines kleinen Theiles nächst dem Sulcus.

Von der mittleren Windung ist der vordere Theil, der den Gyrus sigmoideus begrenzt, völlig entfernt. Die untere Windung ist, mit Ausnahmen ihrer Bogenenden nahezu völlig entfernt und von der Sylvi'schen Windung die graue Substanz der oberen Partie.

Das untersuchte Affengehirn (Schäfer-London) zeigt nur auf der linken Seite eine tiefe Läsion. Dieselbe umfasst den Raum der aufsteigenden Stirnwindung mit Ausnahme des tieferen Fünftheiles, das hintere Drittel der mittleren Stirnwindung, die aufsteigende Parietalwindung, mit Ausnahme des unteren Theiles, den hinteren Parietallappen, mit Ausnahme des hinteren Drittels und nahezu den ganzen vorderen Rand des Gyrus angularis.

Die graue Substanz ist im Bereich der Läsion völlig entfernt.

Rumpf.

Pathologische Anatomie.

2) Ueber eine Missbildung des Gehirns von O. Binswanger. (Virch. Arch. LXXXVII. S. 427—446. u. Taf. VIII—IX.)

Das Wesentlichste des vorliegenden Falles ist eine Defectbildung des Gehirns (Porencephalie), die dadurch besonders interessant ist, dass sie die jetzt fast allgemein als motorisch anerkannten Rindenabschnitte ausschliesslich betroffen hat und in vollem Einklang steht mit den bei dem 11jährigen Mädchen während des Lebens beobachteten Ausfallserscheinungen. Aus der genauen klinischen Schilderung seien als die Hauptsymptome herausgehoben: völlige Gebrauchsunfähigkeit der Unterextremitäten, Beschränkung der willkürlichen Beweglichkeit der oberen Extremitäten auf plumpe Greifbewegungen, völlige Unfähigkeit zu sprechen und Gesprochenes zu verstehen, Verharren auf einer tiefen Blödsinnsstufe. —

Die Centralwindungen, incl. Paracentralläppchen, fehlten rechts ganz, waren links nur andeutungsweise vorhanden; infolgedessen war der, eine breite klaffende Spalte

[1] Ausführlicher Bericht erfolgt noch.

Digitized by Google

darstellende, Sulcus Rolando mit dem kurzen Stamme der Fissura Sylvii zusammengeflossen; der hintere horizontale Ast der letzteren fehlte, eine Trennung zwischen Scheitel und Schläfenlappen bestand daher nicht; der aufsteigende vordere Ast der Fiss. Sylvii war rechts nicht, links nur andeutungsweise aufzufinden, die 3. Stirnwindung beiderseits so verkümmert, dass die Insel theilweise bloslag; auch die Scheitelläppchen waren mangelhaft ausgebildet. Die Windungen, besonders des Stirnhirns, waren sehr arm an secundären und tertiären Furchungen. Der Windungstypus des Gehirns war durchaus verändert und wird sehr detaillirt geschildert; die Aehnlichkeit mit gewissen Affentypen, das Unbedecktbleiben des Kleinhirns, die Verkümmerung der hinteren Balkenhälfte und die als Mikrogyrie von Heschl bezeichnete feine Fältelung und Kerbung der Oberfläche, besonders der Stirnlappen, nähern diesen Fall von augenscheinlicher Defectbildung der Mikrocephalie und zeigen von Neuem die Unhaltbarkeit der atavistischen Auffassung dieser Missbildung. — Die Verkümmerung des geistigen Lebens bringt B. in Zusammenhang mit dem Wegfall des „Gebiets der Bewegungsvorstellungen" (Munk); die Bedeutung der 3. Stirnwindung nicht so sehr als Organs der articulirten Sprache, denn als Organs, um die durch die Sprache (im weiteren Sinne) und nur durch diese zu erwerbenden höheren Vorstellungen zu bilden, ist dabei doch auch nicht zu unterschätzen. — Für die Anschauung Heschl's, dass die Defectbildung nach bereits vorhandener Anlage der betr. Hirntheile durch krankhafte Vorgänge (nach Kundrat am wahrscheinlichsten durch anämische Necrose) im Fötalleben bewirkt sei, findet B. für seinen Fall eine Stütze in dem Vorhandensein circumscripter Trübungen der weichen Hirnhäute in der motorischen Rindenregion und in dem Nachweis einer mächtigen derbfaserigen (narbigen) Randzone und einer mangelhaften Ausbildung der Zellelemente in den an den Defect grenzenden Rindenabschnitten. Die Betz'schen Riesenpyramidenzellen fehlten überhaupt. Der pathologische Prozess ist in eine Zeit zu verlegen, wo der hintere Schenkel der Fiss. Sylvii noch nicht gebildet ist, die übrigen Hauptfurchen aber schon vorhanden sind, jedenfalls also in die 2. Foetalperiode. Die weiteren Excurse auf das Gebiet der Pathogenese und Aetiologie sind nur im Original zu verfolgen. — Bemerkenswerth ist das Fehlen von secundärer Degeneration und von Atrophie im Rückenmark.

Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

3) **Le signe du tendon rotulien** (Signe de Westphal) par L. de Beurmann, Chef de la clinique à la Pitié. (Archiv. général. Mars 1882.)

Nach einer kritischen Uebersicht über die bisherigen Erfahrungen und über die verschiedenen Theorien kommt Verf. zu dem Schluss von Charcot: Die Sehnenphänomene sind das Resultat von Reflexwirkung, sie haben als Ausgangspunkte die centripetalen Nerven der Aponeurose, zwischen Muskel und Sehne, die sich in den hinteren Wurzeln zu den aesthesodischen Zellen des Rückenmarkes begeben, die wieder in Verbindung mit den motorischen Zellen der Vorderhörner stehen. Der Reflexbogen der Sehnenphänomene ist nicht derselbe wie der der musculo-cutanen.

M.

---

4) **Ein Fall von Meningitis basilaris non tuberculosa** von J. Bókai. (Jahrb. f. Kinderheilk. 1882. XVIII. 1.)

Verf. beschreibt einen Fall nicht tuberculöser Basilarmeningitis bei einem Kind von 6 Jahren, der klinisch und anatomisch die wenigen bisher gegebenen Beschreibungen dieser seltenen Krankheit im Wesentlichen bestätigt. Klinisch ermöglichten — abgesehen von der Aetiologie — der verschleppte Verlauf (Tod am 55. Tage der Beobachtung), der starke und hartnäckige Kopfschmerz, das Ausbleiben der Con-

Digitized by Google

vulsionen und die Beschränktheit der geringgradigen Lähmungen (Strabismus convergens), die Differentialdiagnose von der tuberculösen Form. Ausserdem wird aufmerksam gemacht auf den ungefähr 2 Wochen hindurch täglich auftretenden cephalischen Aufschrei. Das Fieber zeigte einen atypischen Verlauf mit starken Intermissionen. Auch der anatomische Befund — Verdickung der basalen Pia und an ihr haftend feine reticuläre Pseudomembranen — weist auf einen subacuten Verlauf. Tuczek.

---

5) **Paralysie spinale aiguë de l'adulte (Téphro-myelite antérieuse aiguë développée au cours d'une ataxie locomotrice progressive** par le docteur Raymond et le docteur Oulmont. (Gazette méd. de Paris. 1882. No. 9, p. 114.)

Eine bei der Aufnahme 28jährige Patientin war nach feuchter Parterrewohnung drei Jahre zuvor an Diplopie, blitzartigen Schmerzen der Unterextremitäten, Gürtelschmerzen, gastrischen Krisen in unregelmässigen Zwischenräumen erkrankt, welche Beschwerden die Veranlassung zu chronischem Morphinismus wurden. Auf Grund ferner von schwankendem, durch die Dunkelheit verschlechtertem Gange, anästhetischen Flecken der Körperoberfläche, Incontinentia ani wurde die Diagnose Tabes dorsalis gestellt (Kniephänomen?). Nach der Aufnahme stellte sich in der folgenden Nacht (Abstinenz?) Fieber bis 40°, mit Delirien ohne nachweisbare Organerkrankung ein, welches erst nach 8 Tagen abfiel. Während desselben waren alle Extremitätenmuskeln Sitz lebhafter Schmerzen. Alsbald trat rapide hochgradige Atrophie der Muskeln aller vier Extremitäten ein. Einige Wochen später wurde Rumpflähmung, an den Oberextremitäten, ausgesprochene Muskelatrophie, besonders der Vorderarme, Klauenhand, Extensorenlähmung, an den Unterextremitäten ebenfalls Muskelatrophie, besonders der Waden, Pes equinus, Lähmung der Zehen bei geringer Beweglichkeit der Unter- und Oberschenkel constatirt. Die elektrische Reaction war für beide Stromesarten in den Unterextremitäten aufgehoben, in den oberen sehr herabgesetzt, besonders in den Streckmuskeln. Ueber Entartungsreaction wird nichts bemerkt. Die blitzartigen Schmerzen, die gastrischen Krisen waren vollständig verschwunden, während die Incontinentia ani und Diplopie noch fortbestehen. Innerhalb 4 Monaten bildeten sich die Lähmungserscheinungen ziemlich ganz zurück, ebenso die Störungen der Augen und der Sphinkteren, während die Muskelatrophie an der Hand und den Waden fortbestand und über die Rückkehr der Ataxie ein Urtheil nicht möglich war.

Die Verf. glauben zwei Krankheitsperioden aus einander halten zu sollen, von denen die erste 3jährige als typische Tabes dorsalis, die zweite als acute spinale Lähmung auf Grund von Tephromyelitis (Poliomyelitis) anterior acuta gewöhnlichen Verlaufs aufzufassen sei. Die befremdliche vollständige Rückbildung der primären Tabes wird von den Verff. nicht erklärt. E. Remak.

---

6) **Zur Casuistik der Meningitiden** von Prof. Huguenin in Zürich. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. No. 4 und 5.)

Der erste Theil dieser Abhandlung dient als Beitrag zu einem ätiologischen Eintheilungsprincip der Meningitiden.

1. Eitrige Meningitis der Convexität durch bacteritische Infection von der erkrankten Stirnhöhle aus.

Ein 19jähriger junger Mann, frei von Tuberculose, erkrankte mit fieberhaftem Nasencatarrh, heftigen Schmerzen in der Stirn, in den Ohren und im Hinterhaupt, nur einmaligem Erbrechen; schnell fortschreitende Benommenheit, dauernd hohe Temperaturen, reflectorische Nackenstarre, keine Lähmungen, Entwickelung von Stauungspapille; Tod am 5. Krankheitstag. Es fanden sich einseitige Meningitis der Concavität und Convexität, Hydrocephalus und encephalische Herde in den Centralganglien, eitriger Stirnhöhlencatarrh und Nasencatarrh, hämorrhagische Infiltration in den

Digitized by Google

Lungen und der Pleura, Milzschwellung, flüssiges dunkles Blut. Eine Perforation des Knochens über der entzündlichen Stirnhöhle bestand nicht. Bacterien, und zwar kugelförmige kleinster Art in grösseren Colonien fanden sich nur in der vermehrten exsudativen Ventrikelflüssigkeit. — Ein eigenartiger Process in den Nieren (kurz vor dem Tode waren plötzlich grosse Mengen von Eiweiss im Urin aufgetreten) wird beschrieben als Diapedesisblutungen in der Rinde, Necrose des Tubularepithels. — Der ganze Process ist als ein infectiöser aufzufassen, obwohl der Modus der Infection, durch welchen die Pia entzündlich erkrankte, verborgen blieb.

2. Chronische Meningitis der Basis mit Hydrocephalus.

Ein 64jähriger Mann, der von Jugend auf zeitweise an kurzen Anfällen von Bewusstlosigkeit, seit 8 Jahren an Kopfweh und Schwindel gelitten hatte, erkrankte acut mit Erbrechen, Kopfweh, Fieber, Obstipation, Delirium, schwankendem Gang und vorübergehender rechtsseitiger Lähmung; Neuritis descendens chronica war die ophthalmoscopische Diagnose. Tod unter Lungenödem nach etwa 14 Tagen. Sectionsbefund: chronische bindegewebige Meningitis mit frischen (nicht eitrigen) Nachschüben der Basis, nach vorn bis über das dadurch abgeplattete Chiasma, nach hinten bis zum vorderen Brückenrand, seitlich in die fossae Sylvii hinreichend. Feste Verwachsung der verdickten Pia mit der Rinde mit Verödung der „subpialen" Räume (die Verf. gegen Key und Retzius annimmt); chronische Entzündung des Plexus, Hydrocephalus internus; knötchenförmige indurative Bronchopneumonie mit schiefriger Induration.

In der Epikrise wird die Schwierigkeit der Diagnose bei diffusen Symptomen und die Gefahr erörtert, aus transitorischen Phänomenen Herderkrankungen zu diagnosticiren. Eine Aetiologie fehlt in diesem wie in anderen vom Verf. bei Individuen jeden Alters beobachteten Fällen von chronischer Basalmeningitis. Sehr eingehend werden die Veränderungen der Retina und Papille bei acuter und chronischer Basalmeningitis besprochen. Verf. unterscheidet hier differente Zustände die häufig in einander übergingen, sich aber auch isolirt entwickeln könnten: 1) Retinalstauung, 2) Oedem der Papille, 3) Neuroretinitis, 4) Atrophie. — Retinalstauung entsteht in Folge von allgemeiner Hirnschwellung durch Verdrängung von Cerebrospinalliquor in die subdurale Opticusscheide und Strangulation des Opticus. Papillarödem entsteht durch Verlegung der subpialen basalen Räume, mit denen die subpiale Opticusscheide communicirt. Die Neuroretinitis ist gebunden an die nach allen Seiten weiterkriechenden entzündlichen Störungen der basalen Pia; auch für die meisten Fälle von Hirntumor wird dieser Modus der Entstehung angenommen und eine genaue Untersuchung der extra- und intraventriculären Pia empfohlen. Das Fehlen dieser Veränderungen der Retina beim Haematom der Dura wird gelegentlich der Differentialdiagnose hervorgehoben. Dem gegenüber ist zu bemerken, dass zuerst Fürstner Stauungspapille beim Haematom nachgewiesen hat. Auch in hiesiger Klinik sind analoge Fälle demonstrirt; einen derselben wird Ref. demnächst mittheilen. Tuczek.

---

7) **Chute spontanée des dents et crises gastriques et laryngées chez les ataxiques. Lésions anatomiques** par Prof. Demange (Nancy). (Revue de médecine. Mars 1882.)

Verf. beschreibt zwei Fälle von Tabes, die sich durch Ausfallen der Zähne ohne Caries und ohne Schmerzen auszeichneten. Vallin (Soc. méd. des Hôp. Sitzung vom 11. Juli 1879) hat bereits auf diese trophische Störung aufmerksam gemacht. Es tritt eine Rareficirung des Knochengewebes am Alveolarrand ein, in Folge deren der Zahn spontan aus seiner Alveole heraustritt.

Der erste Fall betrifft einen 33jährigen Mann, der schon vor 18 Jahren Schmerzen in den Beinen hatte, die von Zeit zu Zeit wiederkehrten: seit 10 Jahren bestehen ataktische Symptome. Gleichzeitig besteht Plantaranaesthesie. Im Gesicht auf beiden Seiten Anaesthesie und Analgesie, ebenso an der Conjunctiva, der Nasen-

Digitized by Google

und Zungenschleimhaut. Die Zähne des Unterkiefers sind fast intakt, die des Oberkiefers sind alle ausgefallen: es sind keine Wurzeln da, die Alveolen sind durch das Zahnfleisch geschlossen. Die Zähne sind im Zeitraum von 2 Monaten alle vor etwa 4 Jahren ausgefallen — ohne jede Schmerzen in den Zähnen oder dem Zahnfleisch, wohl aber zeitweise im Gesicht, die denen in den Beinen glichen. Später zeigten sich äusserst schmerzhafte gastrische Krisen, dann Anfälle von trockenem Husten, die wieder verschwanden. Unter Zunahme der motorischen Störungen, Decubitus und colliquativen Diarrhoeen erfolgte der Tod.

Die Section ergiebt Sclerose der Hinterstränge in ihrer ganzen Ausdehnung.

Diese Sclerose erstreckt sich auf den Boden des 4. Ventrikels, und hat den grössten Theil der Nervenkerne ergriffen (Glossopharyngeus, Vagus, Accessorius, Nucl. Corp. rectiform., Substant. gelatinosa Rolando, aufsteigende Wurzel des Trigeminus). Die Untersuchung des Trigeminus bei seinem Austritt aus dem Pons ergiebt, dass eine beträchtliche Zahl von Nervenbündeln sclerosirt sind: das Myelin ist verschwunden, die Axencylinder sind aufgegangen (étouffés) in einer Bindegewebsmasse, die sich stark durch Karmin färbt; andere Nervenbündel sind gesund geblieben.

Nach Verf. ist diese Beobachtung der Atrophie der sensitiven Nervenkerne die dritte bisher bekannte (die erste rührt von Cruveilhier [Anatom. pathologique 32. Livr., Fig. 19], die andere von Jean [Progrès méd. 1876. No. 20] her).

Der zweite Fall betrifft einen 64jährigen Mann, der im Alter von 34 Jahren syphilitisch gewesen war und dem vor 12 Jahren wegen eines Mal perforant des rechten Fusses die grosse Zehe amputirt worden war. Seitdem lancinirende Schmerzen in den Beinen und Ataxie, deren Zunahme ihn nach 11 Jahren ins Krankenhaus führte. Hier wurde Verminderung der Sensibilität der ganzen Hautoberfläche, besonders in den Beinen, an den Fingerspitzen und auf der linken Hälfte des Gesichts constatirt neben starker Ataxie der Beine und Arme. Seit einem Monat hat er einen grossen Theil seiner Zähne verloren, und zwar fehlten sämmtliche Zähne des linken Oberkiefers, während die der andern Seite beinahe intakt waren; das Ausfallen war ganz in derselben Weise wie in dem ersten Falle geschehen. Einen Monat später fiel er aus dem Bett und zog sich einen Fract. colli femor. dextr. zu. 4 Monate später ging er an Marasmus zu Grunde. Section: in der rechten Niere eine syphilitische Gummigeschwulst. Das Rückenmark zeigt allgemeine Atrophie, besonders in der Lumbalanschwellung. Die hinteren Wurzeln sind atrophirt.

Die Hinterstränge sind in den beiden unteren Dritteln der Port dorsalis, wie in der Lumbalgegend in ihrer ganzen Ausdehnung, nach oben hin sind die Goll'schen Stränge allein sclerosirt, während die Burdach'schen frei sind.

Die Sclerose setzt sich auf dem Boden des 4. Ventrikels fort; die Nervenzellen sind dort atrophisch. Die beiden Trigemini sind bei ihrem Austritt aus dem Pons atrophisch, besonders ist der linke auf ein ganz dünnes, kaum erkennbares Bündel reducirt, das entsprechende Ganglion Gasseri ist ebenfalls in hohem Grade atrophisch. In den Wadenmuskeln war die Streifung zum grössten Theil verschwunden, dafür in denselben zahlreiche Fettkugeln. M.

---

8) Cases of cerebellar disease. Under the care of J. Dreschfeld - Manchester. (Medical Times and Gaz. Dec. 1881 and Jan. 1882. Sep.-Abdr.)

1. Ein 61jähriger Arbeiter in Salzbergwerken, früher Potator, in den letzten 30 Jahren enthaltsam, nie syphilitisch, litt seit Januar 1880 an Schwindel, Erbrechen und Schwäche der Beine. Bei der Aufnahme im April, war zu constatiren: leichter Stirnkopfschmerz, Schwindel, der beim Gehen zunahm, taumelnder Gang, keine motorische Schwäche. Sehvermögen gut, keine Veränderung am Augenhintergrund. Sensibilität, Sehnenreflexe normal. Unter fortschreitender Zunahme des Erbrechens, des Schwindels, zeitweiliger abendlicher Temperaturerhöhung verfiel Pat. rasch und starb am 16. Juli im Koma.

Digitized by Google

Bei der Sektion fand sich eine hämmorrhagische Cyste im linken Lappen und im vordern Theil des Oberwurms des Cerebellum; in der Umgebung derselben, z. Theil das linke Corp. dentat. einnehmend, ein kleiner frischer Blutherd. Das übrige Gehirn, Gehirn- und Piagefässe ohne Veränderung; Miliaraneurysmen nirgends zu finden.

Die Erscheinungen des Krankheitsverlaufs — Schwindel, Erbrechen, Ataxie — sind nach dem Verf. auf den älteren Herd zu beziehen, wogegen der frische Bluterguss die finalen Symptome, Temperatursteigerung, Koma, bedingte. Der Fall bestätige die Nothnagel'sche Ansicht, wonach die cerebellare Ataxie von der Affection des Wurmes abhänge.

2. Ein 13jähriger Knabe war ein halbes Jahr vor der Aufnahme in Folge eines Stosses gefallen, ohne direkte Schädigung zu empfinden. Bald aber trat bei ihm Kopfweh auf, das allmählich an Intensität zunahm, Schmerzen in der linken Seite des Gesichts und dem linken Arm, unsicherer Gang und Abnahme des Sehvermögens. Später mehrmals allgemeine Convulsionen, Erbrechen, grosse Schwäche der Beine und Unfähigkeit zu gehen. Bei der Aufnahme, April 1878, vollkommene Blindheit mit weiten, reaktionslosen Pupillen, Atrophie der Sehnerven, leichte Hemiparese der linken Seite, hochgradiges Taumeln mit Tendenz nach links zu fallen; normale Intelligenz. Pat. litt zeitweise an heftigem Kopfschmerz und an Convulsionen, die bald auf die linke Seite beschränkt blieben, bald allgemein wurden. Die Intelligenz blieb intakt, das Körpergewicht nahm zu. Während des Sommers 1879 hydrocephalische Ausdehnung des Schädels. Winter 1879/80 traten einzelne Erscheinungen zurück. Juli 1880 nach einer heftigen Attake von Convulsionen Koma und Tod.

Bei der Sektion fand sich Verdünnung der Schädelknochen, Ausdehnung der Nähte, enorme Ausdehnung sämmtlicher Hirnventrikel durch Flüssigkeit, in der linken Hemisphäre des Cerebellum eine mit Serum gefüllte Höhle, die nach vorn mit den 4. Ventrikel communicirt, den Oberwurm unterminirte, nach hinten und aussen einen weichen gelatinösen Tumor — gefässreiches Gliosarcom — barg. Rechte Kleinhirnhemisphäre nur comprimirt. Bemerkenswerth ist in diesem Falle die Ausdehnung des Schädelcavum in so später Zeit, nach dem 13. Jahr.

3. 37jähriger Mann, nie syphilitisch, bis vor 2 Jahren gesund. Zuerst Kopfschmerz und Schwindel, später, seit 1 Monat, taumelnder Gang, Abnahme der Sehkraft, mehrere epileptische Anfälle, einigemal Erbrechen. Bei der Aufnahme, Ende October, heftiger, in Paroxysmen auftretender Stirn- und Hinterkopfschmerz, Schwindel beim Aufsitzen, Neuritis optica beiderseits, träge Pupillenreaktion, bei ungestörter motorischer Kraft Unmöglichkeit zu stehen und zu gehen, wegen Schwindels und hochgradiger Ataxie; hartnäckiges Erbrechen alles Genossenen. Intelligenz klar; Puls stets verlangsamt, Temperatur subnormal. In den nächsten 14 Tagen wenig Veränderung; Abmagerung, einzelne Convulsionen. — Permanente Eisblase auf den Kopf. — Bald nachher begann Besserung, das Erbrechen hörte auf, der Kopfschmerz verminderte sich. Schon gegen Ende December konnte Pat. ohne Unterstützung gehen, schwankte nur wenig dabei nach links, Kopfschmerz, Convulsionen, Erbrechen hatten gänzlich sistirt, die Neuritis optica war nachweislich im Rückgang begriffen. Nach einigen weiteren Wochen war auch das Schwanken nicht mehr vorhanden, die Papillae n. optic. normal. Erbrechen und Schwindel stellten sich im Lauf des Jahres 1880 noch einigemal ein, gingen aber unter Gebrauch von Jodkali und Bromkali in ambulatorischer Behandlung bald vorüber und Pat. blieb seitdem gesund. Verf. spricht sich gegen die Annahme einer syphilitischen Affection im vorliegenden Fall aus, glaubt vielmehr an einen Tumor, der spontane Rückbildung eingegangen. — Der Fall ist jedenfalls sehr bemerkenswerth.

4. Ein 51jähriger Mann war im 18. Jahr syphilitisch inficirt, litt 2 Jahre an secundären Symptomen, blieb dann aber frei. 1 Jahr vor der Aufnahme fing er an an nächtlichen Kopf- und Gliederschmerzen zu leiden, erbrach, fühlte häufig Schwindel und schwankte beim Gehen. Vor 3 Monaten ein epileptischer Anfall, danach

Digitized by Google

Zunahme des Erbrechens und des Schwankens, Abnahme des Gehörs und Gesichts. Schwindel und Schwanken waren bei der Aufnahme so stark, dass Pat. nicht allein gehen konnte; Lähmungserscheinungen bestanden nicht; dagegen ausgesprochene Neuritis optica beiderseits. Eine energische antisyphilitische Behandlung brachte in kurzer Zeit Besserung sämmtlicher Symptome; unter fortgesetztem Gebrauch von Kal. jodat. trat nahezu vollständige Heilung — auch der Sehnervenaffection — ein. Pat. litt später nur hier und da an Kopfschmerz und Schwindel und hörte noch schwer.

5. 48jähriger Mann, nie syphilitisch, litt seit $^1/_2$ Jahre an heftigem Stirn- und Hinterkopfschmerz, morgendlichem Erbrechen, Schwindel und schwankendem Gang — Symptome, die in den letzten Monaten rapid zunahmen. Es bestand bei der Aufnahme, 2. Mai 1881, Neuritis optica, eigenthümliche, langsame, scandirende Sprache, excessives Taumeln beim Stehen und Gehen, mit Neigung nach rechts und rückwärts zu fallen. Sensibilität und Reflexe intakt, ebenso die Intelligenz. Die Articulationsstörungen nahmen zu, ohne dass eine wirkliche Lähmung der Muskeln des Gesichts, der Lippen und Zunge eingetreten wäre; es kam Schwierigkeit beim Schlucken hinzu. Allmählicher Verfall, Tod 17. Juli 1881. Convulsionen waren nie vorhanden gewesen, Erbrechen während des Hospitalaufenthaltes nur wenige Mal.

Die Obduction ergab beträchtliche Ausdehnung der Hirnventrikel; an der Innenseite des rechten Lappens des Kleinhirns fand sich ein kleiner harter Tumor, der eine beträchtliche Depression im Oberwurm bewirkt, ebenso auf Pons und Medulla oblongata gedrückt hatte. Er entsprang von der Pia der rechten Kleinhirnhemisphäre und bestand aus fibrösem Gewebe mit kleinen Inseln junger Rund- und Spindelzellen. Die gehärtete Med. oblongat. und spinal. erwiesen sich mikroskopisch normal, speciell die cerebellaren Faserzüge, im RM und die Ganglienzellen der Clarke'schen Säulen nicht alterirt.

Die Sprach- und Schlingstörung im letzten Falle sind auf die Compression des Pons und der Med. oblongata zu beziehen, das Schwanken auf die Betheiligung des Oberwurms, die Abwesenheit von Convulsionen ist wahrscheinlich durch das Factum zu erklären, dass nur ein kleiner Theil der Rinde des Cerebellum in Mitleidenschaft gezogen war. Eisenlohr.

Psychiatrie.

9) 1. Doutrebente, **Note sur la Folie à double forme.** (Annales médico-psychologiques. 1882. Nr. 2, p. 193).
2. Taguet, **Contribution à l'étude du délire intermittent.** (ibidem. p. 208.)
3. Rousseau, **de la fièvre intermittente.** (ibidem. p. 222.)

Die drei Arbeiten betreffen dieselbe Materie intermittirender psychischer Erregung und ermöglichen eine genauere Differenzialdiagnose des intermittirenden Delirium von dem vulgären Bilde der circulären Geistesstörung.

Diese Differenz stellt besonders die Doutrebente'sche Arbeit in der Bekämpfung der Falret'schen Ansicht auf, welche alle drei Perioden der circulären Geistesstörung: Exaltation, Melancholie und Intermittenz, als essentielle Krankheitsperioden auffasst. An einer Krankengeschichte, welche freie Zwischenräume von 5, 6, 7, und schliesslich 13 Jahren zwischen den Anfällen nachwies, wird exemplificirt, dass man einen 13jährigen Zustand völliger geistiger Ruhe und Frische doch nicht als Vorbereitungsphase eines eventuellen späteren Anfalls auffassen dürfe. Verfasser will daher die Benennung: „Circuläre Geistesstörung" durch „Folie à forme alterne" ersetzt wissen.

Der mitgetheilte Fall wird aber nicht zu dieser Form gerechnet; vielmehr will Verfasser die entgegengesetzte Aeusserung der Psychose als demselben Anfall (d. h. Krankheitseinheit) zugehörig anerkannt wissen, daher die Bezeichnung als „Folie à double forme."

Zur Differenzialdiagnose mit dem Delirium der beginnenden Paralyse wird her-

Digitized by Google

vorgehoben, dass Paralytiker voll Gutmüthigkeit und Bonhommie, die periodisch Irrsinnigen dagegen bewusst unartig, bösartig und gefährlich zu sein pflegen. Ferner, dass die Folie à double forme eine exquisit hereditäre Irrsinnsform darstellt, was bei der Paralyse bekanntlich nicht zutrifft.

Als weitere Spielart dieser intermittirenden Psychosen stellt Taguet das ebenfalls rein hereditäre „intermittirende Delirium" auf.

Unterscheidung von der Folie à double forme:

Es besteht nur eine Periode des Deliriums, die der psychischen Erregung, eingeleitet durch ein Incubationsstadium, welches eher den Charakter einer aura trägt. Unlust, Entmuthigung, Langeweile, nervöse Schmerzen und Beschwerden, Präcordialangst, Intercostalschmerz etc. Plötzlicher Ausbruch des maniakalischen Deliriums, Ausgang in tiefen Schlaf.

Die Analogie mit dem sog. psychischen Aequivalent der Epilepsie liegt hier auf der Hand.

Die deutsche Auffassung der „psychischen Epilepsie" wird auch als hierher gehörig anerkannt.

Die Kranken fühlen und fürchten diese aura, welche zu vorübergehend ist, um als eigentliche Phase gelten zu können. Die Zwischenzeiten sind ganz frei, aber in der Dauer bei den verschiedenen Fällen unendlich variabel.

Von eigentlicher (larvirter) Epilepsie unterscheidet sich das intermittirende Delirium durch die Erhaltung des Bewusstseins, von den hysterischen Formen durch Aufhebung des Willens in den maniakalischen Perioden, während der Wille und die Fähigkeit sich zu beherrschen bei den hysterischen Anfällen wenigstens theilweise erhalten ist.

Die Rousseau'sche Arbeit beschreibt eine eigenthümliche Varietät intermittirender emotiver Zustände bei Geisteskranken, deren Symptomenäusserung völlig dem Bilde des intermittirenden Fiebers entlehnt ist. In den mitgetheilten, theilweise nur skizzenhaften, Krankengeschichten wird betont, dass keine Veranlassung zur Annahme einer Malariaintoxication vorlag. Die Anfälle traten durch lebhafte psychische Erregung ein und konnten durch entsprechende Chinindosen die Fiebererscheinungen und die mit denselben verbundenen Erregungs- resp. Tobsuchtsanfälle coupirt werden, worauf wieder die Aeusserung der einfachen Psychose hervortrat.

Verfasser ist geneigt, die Affection des intermittirenden Fiebers auf eine Reizung des Plexus splenicus zu beziehen. Jehn.

Therapie.

10) **Das Chinolinum tartaricum, das neue Ersatzmittel des Chinins, als Heilmittel gegen den Keuchhusten** von Hofrath Dr. Koch (Wiesbaden). (Klin. Wochenschr. 1882. No. 13.)

Verf. empfiehlt gegen Pertussis: Chinolin. tartar. 1,0 Aqu. dest. Syr. simpl. aa 75. Dreistündlich einen Esslöffel. Er hat in ca. 100 Fällen das Mittel erprobt, und in der Mehrzahl der Fälle Heilung zwischen der 2. und 4. Woche gesehen.

M.

Forensische Psychiatrie.

11) **Beitrag zur Lehre von der conträren Sexualempfindung** von Dr. Sterz. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft. S. 221.)

Mittheilung eines zu gerichtlicher Cognition und Verurtheilung gekommenen Falles; die gerichtlich vernommenen Experten (Sterz selbst nicht) nahmen an acquirirte

Digitized by Google

geistige Beschränktheit mit Prävaliren der sinnlichen Triebe, hochgradige Schwächung der Willenskraft, doch aber Fähigkeit zur Einsicht der Strafbarkeit und Fehlen eines „unwiderstehlichen Triebes." Sterz folgt den Anschauungen v. Krafft-Ebing's.

A. Pick.

Anstaltswesen.

12) **I. Thirty-fifth Report of the Commissioners in Lunacy (England and Wales)** for the Year ending Dec. 31. 1880.

II. Twenty-third Annual-Report of the General Board of Commissioners in Lunacy for Scotland, for the year 1880.

III. Report of Inspectors of Irish Asylums for the year 1880.

(Journ. of Ment. Sc. Jan. 1882.)

I. In England und Wales gab es am 1. Januar 1881 **73,113** registrirte Irre (1922 = 121 private + 1801 arme Kranke mehr als 1880). — Im Vergleich mit der Gesammtbevölkerung 28·34 : 10,000 oder 1 auf 352 (27·94 oder 1 auf 357: 1880).

Die **13,201** neuen Aufnahmen werden folgendermaassen classificirt:

	Männlich.	Weiblich.	Total.
Manie	51·9	55·2	53·6
Melancholie	19·5	25·4	22·6
Dementia { gewöhnliche	16·2	9·8	12·8
Dementia { senile	3·3	4·3	3·8
Congenitale Geistesstörung	6.6	4·0	5·3
Andere Formen	2·5	1·3	1·9

Kranke mit Suicidialneigung 28·8 %, Epileptiker 8·7 %, Paralytiker 7·3 %.

Aus der ätiologischen Procenttabelle, bei der man möglichst sorgfältig verfahren sei, werde hervorgehoben:

	Bei Patienten aller Formen.		Bei Paralytikern.	
	Männlich.	Weiblich.	Männlich.	Weiblich.
Heredität	19·6	21·0	10·9	19·7
Alkoholismus	19·3	6·5	20·6	13·1
Lues	1·0	0·2	1·1	0·4
Schwangerschaft	—	0·6	—	0·4
Puerperium	—	5·9	—	3·5
Lätation	—	1·7	—	2·2

Paralytiker wurden aufgenommen 969 = 741 männliche, 228 weibliche.

Alter.	Männl.	Weibl.	Total.	Alter.	Männl.	Weibl.	Total.
15—20 Jahre	2	—	2	40—50 Jahre	260	74	334
20—30 „	44	15	59	50—60 „	102	29	131
30—40 „	310	103	413	60—70 „	20	7	27
				70 und aufwärts	3	—	3

Gesammtaufnahmen: 15,240. 12 % Wiederaufnahmen.

Heilungen 40·29 % (excl. von anderen Anstalten übernommener Fälle, und excl. Aufnahmen und Entlassungen von Idiotenanstalten).

Todesfälle 9·22 % der täglichen Durchschnittsziffer der Anstaltskranken (4,498). 20 Selbstmorde. — Section in 37 %.

II. Das „schottische Irrenblaubuch" von 1880 beansprucht ein besonderes Interesse wegen einer ausführlichen Besprechung der „neuen Veränderungen in der Art der Verwaltung der Anstalten" resp. der Behandlung der Kranken.

Digitized by Google

Am 1. Januar 1881: **10,012** Geisteskranke (1880: 9,634). 16·4 % (excl. Idioten) zählende Patienten (in England 10·7 %, in Irland 5·5 %). Heilungen 41 %. Todesfälle 7·6 %. — 144 Unfälle, darunter 7 Selbstmorde, 1 Todtschlag (Seitens eines geisteskranken Verbrechers). 260 Entweichungen (239 mal Rückkehr oder Wiedereinbringung).

Auf Grund ihrer letztjährigen Erfahrungen befürworten die Irreninspectoren möglichst weitergehende Aufhebung aller freiheitbeschränkenden Einrichtungen. Sie erklären sich gegen die ummauerten Höfe für Unruhige; sie berichten, dass das System der offenen Thüren jetzt in den meisten schottischen Anstalten in grösserer oder geringerer Ausdehnung adoptirt sei, und man immer mehr Vortheile derselben erkenne; — der günstigste Einfluss resultire für Aerzte und Wärter, die mit dem einzelnen Kranken genauer bekannt würden und in ein freundlicheres Verhältniss träten. Aber es ergiebt sich hier ebenso wie bei dem engeren Non-Restraint die Consequenz, dass die Patienten mehr beschäftigt werden müssen. Es empfehle sich für Frauen, die ganze Anstaltswäsche durch Händearbeit statt durch Maschinen besorgen zu lassen. — Die Vortheile der familialen Verpflegung werden eingehend gewürdigt. Durchschnittskosten 380 Rm. (Anstalten 540), in Shetland 110!

III. Die Lage der Anstalten in Irland soll in allen verwaltlichen und medicinischen Beziehungen eine sehr günstige sein. Leider sind die statistischen Schemata nicht dieselben wie in I und II. Am 1. Januar 1881: 13,051 Irre, davon in District-Asylums 8,667 (252 mehr als im Vorjahr). Neue Aufnahmen 1925. Wiederaufnahmen 441. Heilungen 52 % der Neuaufnahmen. Todesfälle $7^1/_2$ %. Entweichungen 6. In Privatanstalten 622 Geisteskranke (8 weniger als im Vorjahr). Entlassen als geheilt 70, gebessert 46, todt 36 (40 % unter der Mortalitätsziffer der öffentlichen Anstalten).

Epilepsie ist verhältnissmässig selten (6·3 %). „Einer Krankheit wie der allgemeinen Paralyse wird in Irland keine Erwähnung gethan."

von den Steinen.

---

13) Das Corresp.-Blatt für schweizer Aerzte, 1882, Nr. 7, enthält zwei wichtige Notizen über den **Fortschritt der Irrenversorgung in der Schweiz.**

Die erste betrifft den Canton Bern. Bekanntlich ist die Irrenanstalt Waldau so überfüllt, dass in den für 270 Kranke berechneten Räumen 370 Kranke untergebracht sind. Eine Irrenversorgung, welche auf der Höhe der Zeit steht, verlangt mindestens zwei Plätze in Anstalten auf's Tausend der Bevölkerung. Auf dieser Höhe stehen die meisten Schweizercantone, England und Schottland, Hamburg und andere Staaten. Es würden also für den Canton Bern noch etwa 700 Plätze zu beschaffen sein. Wie der Director der Anstalt Waldau, Prof. Schärer, mittheilt, ist ein Gutscomplex in bester Lage angekauft, auf welchem eine gemischte Heil- und Pflegeanstalt, aus einzelnen Häusern für jede besondere Abtheilung bestehend, mit vorläufig 900 Plätzen errichtet werden soll. Die Anstalt ist leicht vergrösserungsfähig und es können auch agricole Dependenzen eingerichtet werden.

Die zweite Notiz betrifft den Canton Basel (Stadt). Der Canton mit 60,000 Einwohnern bedarf 120 Plätze. Statt dessen enthält die Basler Anstalt nur 40, sie ist aber belegt mit über 60 Kranken. In Folge dieses Nothstandes hat sich der Canton entschlossen, diese früher städtische Irrenanstalt zu übernehmen (gegen Zahlung von 300,000 Frcs.) und sofort eine zweite neue Anstalt zu bauen. Das Terrain wird von der Stadt zur Verfügung gestellt, ausserdem aber hat eine hochherzige Dame 400,000 Frcs. zum Bau der neuen Anstalt geschenkt. Siemens.

Digitized by Google

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Académie des Sciences. Sitzung d. 20. Febr. 1882. (Gazette médicale, 1882. No. 11.)

Boucheron hat bei jungen taubstummen Kindern beobachtet, dass, wenn ein Mittelohrleiden bestand, mit der Heilung desselben auch die bekannten nervösen Affectionen verschwinden (die maniakalischen und melancholischen Anfälle, das Ausstossen heftiger Schreie), besonders auch die Gleichgewichtsstörungen, der unsichre langsame Gang: Störungen, die veranlasst sind durch Druck auf die Nerven der halbcircelförmigen Canäle. Hadlich.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung 11. März 1882.)

1. Henri Parinaud: **„Des rapports croisés et directs des nerfs optiques avec les hémisphères cérébraux".**

P. vertritt den Charcot'schen Satz, dass eine doppelte Verbindung des N. opticus mit dem Gehirn besteht, nämlich 1) des ganzen Opticus einer Seite mit der entgegengesetzten Hemisphäre; 2) der gleichseitigen Retinahälften mit der correspondirenden Hemisphäre, durch die folgenden klinischen Thatsachen.

Für die Verbindung ad 1. spricht:

a) Einseitige Amblyopie bei Hemianaesthesie. Denn sie kommt vor ohne jede Betheiligung des anderen Auges, und ihr cerebraler Ursprung sei um so weniger zu bezweifeln, als sie mit gleichseitigen (hemiplegischen) Störungen der Sensibilität und Motilität verbunden sei, die ebenso wie die Amblyopie beim Transfert wechselten.

b) Einseitige congenitale Farbenblindheit.

c) Typische laterale Hemiopie auf einem Auge (Fall — wahrscheinlich congenital — von Verlust der linken Gesichtsfeldhälfte des r. Auges, l. Auge intact; r. Papille nach einem Jahre noch ganz normal). Hier sei die Erklärung (Mauthner), dass eine partielle Affection des Tractus opt. vorliege, entschieden ungenügend.

d) vorübergehende monoculäre Amblyopie (migraine ophthalmique, scotome scintillant). P. konnte in einem derartigen Falle ophthalmoskopisch constatiren, dass Circulationsstörungen fehlten, also auch hier ein centraler Grund vorliegen muss.

Dagegen spricht für die Semidecussation des Opticus a) der fast immer plötzliche Eintritt lateraler Hemiopie bei hämorrhagischen oder embolischen Insulten.

b) Die Coïncidenz hemiplegischer Symptome oder der Aphasie mit entsprechender lateraler Hemiopie. — Wenn hier, wie P. häufig beobachtet hat, alle übrigen Erscheinungen schwinden, ausser der Hemiopie, so könne letztere nicht als Complication, etwa durch Druck auf den Tractus opt., aufgefasst werden. — Auch dass hierbei die Hemiopie partiell, aber ganz symmetrisch auftrete, erweise den centralen Sitz.

c) Angeborene Farbenblindheit in hemiopischer Form.

d) Vorübergehende Amblyopie in hemiopischer Form.

2) Paul Bert und Laffont: **„Action du système nerveux sur les vaisseaux lymphatiques".** (Ergänzung ihrer vorjährigen Mittheilungen.)

1. Electrische Reizung der N. mesenter. erzeugt Verengerung und nach Aussetzen der Reizung enorme Erweiterung der Chylusgefässe.

2. Reizung der N. splanchnic. erzeugt Erweiterung.

3. Reizung der peripheren Enden der Vagi: rasch vorübergehende Dilatation mit nachfolgender anhaltender Verengerung.

Digitized by Google

4. Bei curarisirten Thieren erzeugt sowohl die Reizung der N. mesenter. wie die der N. splanchnic. anhaltende Dilatation.

5. Der Blutgehalt der Därme ist dabei ohne Einfluss.

6. Reizung der peripheren Enden des N. infraorbitalis erzeugt variköse Anschwellung der submukösen Lymphgefässe der Oberlippe.

7. Ein leichter Stoss auf Chylusgefässe oder den Ductus thorac. erzeugt fortschreitende langsame Contraction mit nachfolgender Erweiterung (analog dem Gubler'schen Experimente an Venen). Hadlich.

Aus der Société de Biologie. Sitzung vom 18. März 1882.

Déjérine kommt auf den Prioritätsstreit in Bezug auf die Veränderungen der Hautnerven bei Tabes in der früheren Sitzung (cf. dieses Centralblatt S. 160) zurück. Er hat sich überzeugt, dass die Priorität nicht Pierret, sondern Westphal gebührt, der 1878 die Existenz von Veränderungen in den Hautnerven bei den Atactikern mit grosser Genauigkeit beschrieben und abgebildet hat. (Arch. f. Psych. VIII. S. 480 u. Fig. 4 u. 5 der Tafel XI.) Ausserdem hatte Friedreich bereits 1863 (Virchow, Arch. Bd. 26) Veränderungen in den Nervenstämmen (Ischiad., Crural., Radial.) erwähnt, die aber nicht constant sind und von Vulpian nicht gefunden wurden. Dagegen nimmt Déjérine für sich in Anspruch, dass er zuerst die peripherische Natur jener Veränderungen gezeigt hat. In seinem Falle enthielten die hintern Wurzeln zwischen dem Ganglion und dem Rückenmark fast nur leere Scheiden, der Theil der Wurzel zwischen Ganglion und Zusammenfluss mit der vorderen Wurzel zeigt nicht einen einzigen kranken Nerven, die Ganglien selbst waren normal. Es muss also die Alteration der Hautnerven in peripherischen Ursachen ihren Grund haben, ihre trophischen Centren können nicht die Ursache der Veränderung sein. M.

Fenomeni nervosi tardivi di una ferita dello sciatico von Tassi. Sitzungsberichte der Accademia medica di Roma. (La salute. Genova, 9. Febr. 1882. No. 4.)

Ein Landmann erhielt in seinem 20. Lebensjahre eine tiefe Stichwunde, welche die Glutaeen und den Nerv. ischiadicus durchschnitt. Die sehr langwierige Heilung hinterliess Schwäche, Sensibilitätsherabsetzung und mässige Parese der äusseren Fussmuskulatur.

Es entwickelte sich Pes varus und nach mehreren Jahren spontane Gangrän und Verlust der Zehen der verletzten Seite, beim Hallux beginnend und an der kleinen Zehe endigend. — Auch nach dieser Verstümmelung konnte der Patient noch grober ländlicher Beschäftigung nachgehen.

Es entwickelten sich aber nach und nach stärkere Erscheinungen von vasomotorischer Parese und eingehender Caries der Fussknochen, welche schliesslich 26 Jahre nach der ursprünglichen Verletzung des Ischiadicus die Entfernung eines cariösen Metatarsus und des Os cub. maj. nothwendig machten.

Genaue in diesem Stadium vorgenommene Untersuchung ergab, dass vom untern Drittel des Unterschenkels an volle Anästhesie bestand, mit alleiniger Ausnahme einer kleinen Zone am Malleolus internus.

Die Haut des von häufigen kalten Schweissen bedeckten Unterschenkels war in Abschuppung begriffen, die electrische Erregbarkeit vom Knie aufwärts erhalten, die Fussmuskulatur zeigte keine, die Wadenmuskulatur geringe Erregbarkeit.

Der Kranke ist geheilt (perfettamente guarito) nach 5 Monaten aus dem Spital entlassen (wahrscheinlich doch wohl nur von dem operativen Eingriff). Jehn.

Digitized by Google

IV. Bibliographie.

Die Nervosität. Von Dr. P. J. Möbius. (Illustrierte Gesundheitsbücher. Leipzig 1882.)

Das Werkchen behandelt einen Gegenstand, der in neuester Zeit wieder grössere Beachtung in der medicinischen Literatur erlangt hat, die funktionellen Krankheitszustände des Nervensystems, die als Nervosität, Nervosismus, Neurasthenie bezeichnet werden — in populärer Form. Wir wollen mit dem Autor nicht darüber discutiren, ob die wohlgemeinten Belehrungen, die er an das allgemeine Publikum gerichtet hat, ob die daran geknüpften Rathschläge gegenüber den zahlreichen und tiefgreifenden Noxen des socialen und gesellschaftlichen Lebens von erheblicher Wirkung und von Nutzen sein werden, wir wollen nicht betonen, dass für die meisten an Nervosität faktisch Leidenden die Lektüre einer ärztlichen Abhandlung weder beruhigend noch fördernd wirken wird. Es würde dies zu einer Discussion über die Zweckmässigkeit solch' ausführlicher gedruckter populärer Veröffentlichungen überhaupt führen, in die wir einzutreten nicht gesonnen sind.

Wir müssen anerkennen, dass Verf. die verschiedenen Seiten des Gegenstandes, der in Deutschland noch wenig literarisch kultivirt ist, in klarer und anregender Weise beleuchtet und ausgeführt hat. Wir glauben übrigens auch nicht fehl zu gehen, wenn wir annehmen, dass der Verf. nicht allein die Laien, sondern hier und da auch das ärztliche Publikum vor Augen gehabt hat. Und so dürften auch die praktischen Aerzte, denen durch das rasch bekannt gewordene Beard'sche Buch eine einheitliche Auffassung und Benennung der fraglichen Krankheitszustände geläufig geworden, in der detaillirteren Ausführung einzelner Abschnitte manchen erwünschten Fingerzeig finden. Dem Zweck des Buches entsprechend ist die ausführlichste Darstellung den Ursachen der Nervosität gewidmet; in besonders nachdrücklicher Weise des nachtheiligen Einflusses der Schule, resp. der unzweckmässigen Methoden des Schulunterrichts gedacht. Die Schilderung der Erscheinungen der Nervosität ist knapp gehalten, noch knapper die Behandlung — immer noch reichlich ausführlich für die ausgesprochene populäre Tendenz.

Der Bezeichnung „illustriertes Gesundheitsbuch" sucht Verf. durch Einstreuung ziemlich zahlreicher Krankheitsbilder gerecht zu werden.

Es wäre zu wünschen, dass die neurasthenische Krankheitsgruppe auch für wissenschaftliche Kreise berechnete eingehendere Bearbeitung fände; freilich liegt hier der Schwerpunkt nicht in exakten Localdiagnosen, sondern in andern Momenten der Beobachtung.

Eisenlohr.

V. Personalien.

Assistenzarztstellen:

1. Pommersche Provinzial-Irren-Anstalt Ueckermünde (1200 Mk., freie Station i. A.).
2. Westfäl. - - - Marsberg (1200 Mk.) u. Volontärarzt (600 Mk.).
3. Rhein. - - - Düren, Volontärarzt (600 Mk., freie Station).
4. Krankenanstalt Bremen (680 Mk., freie Station).
5. Braunschw. Irrenanstalt Königslutter, 2. Assistenzarztstelle (1200 Mk.).
6. Irrenheil- und Pflegeanstalt Hildesheim (provis. Hülfsarztstelle, 900 Mk.).
7. Privat-Heilanstalt Pankow bei Berlin (1500 M.).

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. Mai. No. 9.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Die Stellung des Schulterblattes bei Serratuslähmungen von Dr. **A. Seeligmüller.** — 2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen von Dr. **Schäfer.** (Fortsetzung.)

II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Ueber secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes von Dr. **J. Singer.** — 2. Ueber die Gefühle von **Theodor Meynert.** — 3. Die ersten Fragen der Physiologie von Prof. **Luigi Luciani.** — 4. Experimentelle Untersuchungen über das von der Grosshirnrinde abhängige Zittern von Dr. **S. Pasternatzky.** — Pathologische Anatomie. 5. Aus dem internationalen medicinischen Congress zu London. — 6. Ueber Spalt-, Höhlen- und Gliombildung im Rückenmarke und in der Medulla oblongata von **Fr. Schultze.** — Lésion ancienne du lobule de l'insula par **Bourneville** et **Bonnaire.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Zwei Fälle von circumscripter Läsion der motorischen Rindenzone des Gehirns von Dr. **Spitz.** — 9. De la cachexie pachydermique (Myxoedème des Anglais) par **Blaise.** — 10. Progressive Muskelatrophie, Myelitis von **A. Pick.** — 11. Ueber Lähmungen der Hand und Finger in Folge polizeilicher Fesselung von **M. Bernhardt.** — 12. Ueber circumskriptes Gehirnödem als Ursache von Herdsymptomen von Dr. **A. Holländer.** — 13. A Case of Hysterical Paraplegia in a Boy by **A. G. Barrs.** — 14. Spontanfracturen bei Tabes von Prof. Dr. **Paul Bruns.** — 15. De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique par Prof. **Alfred Fournier.** — 16. On two cases of acute myelitis associated with optic neuritis by **Dreschfeld.** — Psychiatrie. 17. Ueber den Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen von Dr. **Fritsch.** — 18. Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie par **E. Régis.** — Therapie. 19. Weiterer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bei Tic convulsif von **M. Bernhardt.** — Forensische Psychiatrie. 20. Der Aberglaube und die Zurechnungsfähigkeit. Von Dr. **Otto Schwartzer.**

III. **Bibliographie.** Handbuch der Elektrotherapie von **W. Erb.**

IV. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Die Stellung des Schulterblatts bei Serratuslähmung.

Von Dr. **A. Seeligmüller** in Halle.

Die Discussion über die Frage, welche Stellung das Schulterblatt bei Serratuslähmung einnimmt, während bei aufrechter Körperstellung der Arm ruhig herabhängt, ist noch nicht geschlossen. Es sei ferne von mir, dass ich mir einbildete, hier etwa das entscheidende Schlusswort sprechen zu dürfen. Aber bei meinen sorgfältigen Untersuchungen über die Wirkung der einzelnen das Schulterblatt

Digitized by Google

bewegenden Muskeln, zu welchen mir einzelne complicirte Fälle von Lähmung der Schulterblattmuskeln, wie die im Arch. f. Psych. und Nervenkr. IX, p. 436 beschriebene seltene Schulterdeformität[1] Veranlassung gaben, bin ich auf Gesichtspunkte aufmerksam geworden, welche vielleicht zur Klärung der streitigen Punkte beitragen können.

Diese streitigen Punkte sind bekanntlich folgende:

Giebt es Fälle von ausschliesslicher Lähmung des Serratus, in welchen bei ruhig herabhängendem Arm 1) der untere Schulterblattwinkel der Wirbelsäule genähert und 2) dieser ebenso wie 3) der mediane Rand des Schulterblattes vom Thorax abgehoben sind?

Diese Fragen werden von den Einen bejaht, von den Anderen verneint.

Ich selbst muss mich nach meinen klinischen Erfahrungen auf die Seite der Ersteren stellen. Aber auch ohne solche Erfahrungen, muss, wie ich in den folgenden Zeilen zeigen will, eine sorgfältige Erwägung aller bei der Serratuslähmung in Betracht kommenden Factoren durchaus zu derselben Ansicht führen.

Ehe ich in die Besprechung der genannten drei Punkte eintrete, will ich einige fundamentale Bemerkungen voranschicken, mit denen meine darauf sich gründenden Deductionen stehen und fallen.

Die erste Bemerkung bezieht sich auf die Bewegungen des Schulterblattes bei normalen Verhältnissen. Das Schulterblatt (s. mein Lehrbuch der Krankh. der peripheren Nerven p. 259) kann nach drei Richtungen hin bewegt werden:

a) Im Ganzen oder vornehmlich mit seinem unteren Winkel kann es der Wirbelsäule genähert (adducirt) oder von derselben abgezogen (abducirt) werden: jener Bewegung stehen die Rhomboïdei, dieser der Serratus vor.

b) Im Ganzen oder vornehmlich mit dem oberen inneren Winkel kann es nach oben gezogen werden: diese Bewegung besorgen der Cucullaris und der Levator anguli scapulae; die antagonistische Bewegung nach unten erfolgt durch die Schwere.

c) Schliesslich kann das Schulterblatt um eine ungefähr in der Richtung der Spina scapulae verlaufende Achse rotirt werden, so dass sein oberer Theil sich mehr nach vorn neigt, sein unterer Winkel aber sich von der Thoraxwand abhebt. Diese Bewegung wird ausgeführt durch die am Rabenschnabelfortsatz sich inserirenden Muskeln, namentlich durch den Pectoralis minor, unter Umständen aber auch durch den Biceps brachii und Coracobrachialis.

Die genannten Bewegungen erfahren unter normalen Verhältnissen in ihrer Ausdehnung eine gewisse Beschränkung. Zunächst stellt das solidarisch mit dem Schulterblatt verbundene Schlüsselbein gewissermaassen eine Führungsstange dar, welche die Extension mancher Bewegungen nicht unbeträchtlich hemmt. Sodann aber wird das Schulterblatt durch die daran sich inserirenden und in gewissem Grade auch durch die über dasselbe hinwegziehenden Muskeln in einer bestimmten Stellung fixirt und z. Th. an die Thoraxwand angedrückt gehalten. In der

[1] Beiläufig will ich bemerken, dass die Deformität bei der 8jährigen Marie W. sich seit 3/4 Jahren, wie es scheint, spontan zurückgebildet hat.

Digitized by Google

Ruhestellung, d. h. bei ruhig herabhängendem Arm, steht der mediane Rand des Schulterblattes der Wirbelsäule parallel. Derselbe wird durch die an ihn sich inserirenden Mm. rhomboïdei und serratus anticus major wie durch eine elastische Binde an den Brustkasten angedrückt gehalten. Eine besondere Art der Fixirung erfährt der untere Winkel des Schulterblattes durch den Latissimus dorsi. Dieser Muskel (cfr. W. Henke, Atlas der topogr. Anatomie, 1. Aufl. Taf. XLV) mit seinem oberen Rande über den unteren Schulterblattwinkel hinweg, hält denselben an den Thorax angedrückt und widersetzt sich der Rotation des Schulterblattes nach vorn, wobei jener Winkel von der Thoraxwand abgehoben werden würde. Die directe Fixirung des Schulterblattes durch andere mächtige Muskeln, wie den Cucullaris, sowie die indirecte durch den Pectoralis major kommen hier weniger in Betracht.

In einer zweiten präliminarischen Bemerkung will ich kurz an eine Thatsache erinnern, welche sich aus meinen Arbeiten über die „Pathogenese der paralytischen Contracturen" (Centralbl. f. Chirurgie. 1878. Nr. 18 und Gerhardt's Handb. der Kinderkrankh., Bd. V, 1. Abth., 2. Hälfte, p. 81 u. ff.) ergeben hat: Lähmung eines Muskels muss nothwendig Contraction und unter Umständen Contractur seines nicht gelähmten Antagonisten zur Folge haben.

Nach diesen Prämissen gehe ich an die Besprechung der einzelnen streitigen Punkte.

ad 1. Eine abnorme Annäherung (**Adduction**) des unteren Schulterblattwinkels gegen die Wirbelsäule **auch während der Ruhestellung** kann bei länger bestehenden Serratuslähmungen nicht ausbleiben.

Wenn ein Muskel durch den Willensimpuls in Contraction versetzt werden soll, so wird regelmässig gleichzeitig mit ihm sein Antagonist innervirt. So oft also der Serratus in Contraction versetzt werden soll, werden gleichzeitig die Rhomboïdei innervirt. Ist nun der Serratus gelähmt, so contrahiren sich bei jedem Bewegungsversuch die Rhomboïdei allein und in Folge davon wird der untere Winkel des Schulterblattes der Wirbelsäule genähert. Geschieht dies aber wieder und immer wieder, so wird die Adductionsstellung des unteren Schulterblattwinkels schliesslich habituell, da eine entgegengesetzte rectificirende Bewegung durch den gelähmten Serratus nicht statt hat.

ad 2. und 3. Das Abgehobenwerden des unteren Schulterblattwinkels, sowie des medianen Schulterblattrandes kommt bei länger bestehender Serratuslähmung dadurch zu Stande, dass in Folge der Serratuslähmung das Schulterblatt seine normale Stellung und Fixirung verliert und nun gezwungen wird, dem Zuge gewisser Muskeln zu folgen.

Das Abgehobenwerden des unteren Schulterblattwinkels wird hervorgebracht durch Contraction der vom Processus coracoïdeus entspringenden Muskeln, vornehmlich des Pectoralis minor, unter Umständen auch des Coracobrachialis und Biceps. Diese Muskeln haben, wenn sie sich contrahiren, das Bestreben, den Rabenschnabelfortsatz nach unten zu ziehen, damit den oberen Theil des Schulterblattes nach vorn über zu kippen und dadurch den unteren

Digitized by Google

Winkel von der Thoraxfläche abzuheben. Solange die Fixirungsmechanismen des Schulterblattes (Binde des Serratus und der Rhomboïdei, sowie oberer Rand des Latissimus dorsi) normal functioniren, vermögen die genannten Muskeln die Rotation des Schulterblattes nicht auszuführen. Mit Eintritt von Lähmung des Serratus fällt aber diese eine Componente jener Muskelbinde weg, und damit hört natürlich die fixirende Wirkung derselben auf. Weiter geht der untere Schulterblattwinkel, wie wir sahen, bei seinen seitlichen Bewegungen in einer Art Führung, welche durch den oberen Rand des Latissimus und die Thoraxwand hergestellt wird. Betrachten wir jenen Rand des Latissimus auf der angeführten Taf. XLV des Henke'schen Atlas, so sehen wir, dass er im Bogen von hinten (innen) und unten nach vorn (aussen) und oben zieht. Er bedeckt und fixirt daher den unteren Schulterblattwinkel mit einem um so breiteren Streifen, je mehr dieser Winkel sich nach aussen bewegt. Also gerade bei der Bewegung des unteren Schulterblattwinkels, welche durch die Contraction des Serratus unter normalen Verhältnissen hervorgebracht wird, wirkt diese Führung am sichersten. Auf der anderen Seite wird der Latissimusstreifen, welcher den unteren Schulterblattwinkel bedeckt, um so schmaler, je mehr sich dieser der Wirbelsäule nähert. Wenn nun, wie wir sahen, bei Lähmung des Serratus der untere Schulterblattwinkel der Wirbelsäule abnorm genähert wird, so ist die Möglichkeit des Uebergleitens, des Entschlüpfens aus gedachter Führung ausserordentlich erleichtert.

Hat aber mit dem Eintritt der Serratuslähmung die normale Fixirung des Schulterblattes aufgehört, so kann dasselbe nicht mehr als punctum fixum für die sich daran inserirenden Muskeln dienen, also auch nicht sein Rabenschnabelfortsatz. Während dieser also bei normalen Verhältnissen für die sich daran inserirenden Muskeln, das punctum fixum abgab wird er nun zum punctum mobile. Jede Contraction dieser Muskeln wird demnach die beschriebene Rotation des Schulterblattes mit Abgehobensein seines unteren Winkels zur Folge haben. Nun erwäge man, wie gerade die Contraction des Coracobrachialis[1] und noch mehr des Biceps zu den häufigsten Bewegungen gehört — ich erinnere nur an das zum Munde Führen der Speisen und an die habituelle Flexionsstellung des Ellenbogengelenks bei den meisten Beschäftigungen, welche auch ein nicht grobe Arbeit verrichtender Arm ausführt — und man wird begreifen, wie die Rotationsstellung des Schulterblattes und damit das Abstehen seines unteren Winkels bei jeder längere Zeit bestehenden Serratuslähmung auch für die Ruhestellung habituell werden muss.

Aber auch das habituelle Abgehobensein des ganzen medianen Schulterblattrandes kann nicht ausbleiben. Diese Deformität kommt, wie ich mich in dem citirten Falle von „seltener Schulterdeformität" überzeugt habe, hauptsächlich zu Stande durch Contraction des Infraspinatus. Dieser Muskel ist, wie Fick und Weber zuerst gezeigt und Bäumler in einem Falle von

[1] Im Pectoralis minor wird nach dem Schema der paralytischen Contracturen eine mehr und mehr habituell werdende Contraction entstehen, durch welche der Rabenschnabelfortsatz dauernd nach unten gezogen wird.

Digitized by Google

Serratuslähmung zuerst demonstrirt, in einer gewissen Stellung des Arms ein Abductor des Oberarms. Wenn aber in Folge von Serratuslähmung dieser Muskel sein punctum fixum am Schulterblatt verliert und bei gewissen Bewegungen ein solches in seiner Oberarminsertion findet, so hebt er den medianen Rand des nicht mehr fixirten Schulterblattes von der Thoraxfläche ab und auch diese abnorme Stellung kann in geringerem Grade mit der Zeit habituell werden, allerdings weniger leicht als das Abgehobensein des unteren Winkels, weil die Rhomboïdei und namentlich der Cucullaris dem Abgehobenwerden des medianen Randes mehr entgegenwirken als dem des unteren Winkels.

Zum Schluss will ich darauf hinweisen, dass auch das habituelle geringfügige Abstehen des unteren Schulterblattwinkels, welches bei muskelschwachen Personen, namentlich Kindern so häufig beobachtet wird, sich aus den besprochenen Verhältnissen erklären dürfte. Bei solchen Individuen wird der Biceps brachii in Folge des relativ häufigen Gebrauches — ich erinnere nochmals an die habituelle Beugestellung des Vorderarms zum Oberarm beim Essen, Schreiben, Zeichnen, Stricken u. s. w. — verhältnissmässig besser entwickelt als die genannten Fixationsmuskeln des Schulterblattes, speciell die Mm. rhomboïdei, serratus und latissimus, weil diese wenig geübt werden. In Folge davon wird es auch hier zu einem leichten Herabziehen des Rabenschnabelfortsatzes durch den Biceps und damit zu einem mässigen Abstehen des unteren Schulterblattwinkels kommen.

Aus diesen Gründen, sowie nach meinen klinischen Beobachtungen vertrete ich entschieden die Ansicht, dass bei Serratuslähmungen, welche eine Zeit lang bestehen, auch bei aufrechter Körperstellung und ruhig herabhängendem Arm, der untere Schulterblattwinkel der Wirbelsäule genähert und von der Thoraxwand abgehoben ist und in manchen Fällen in gleicher Weise auch der mediane Rand des Schulterblattes.

2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung.

Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen.

Von Dr. **Schäfer**, früher Arzt der Heilanstalt zu Pankow.

(Fortsetzung.)

Bevor ich nunmehr zur Mittheilung derjenigen Untersuchungen schreite, welche mich besonders zur Veröffentlichung des Falles veranlasst haben, möchte ich noch einige Eigenthümlichkeiten unseres Falles erörtern, welche ihn vor anderen, in der Literatur bekannten auszeichnen. Da ist es zunächst der Beginn des Leidens, welcher Interesse beansprucht. In der einschlägigen Literatur (Krafft-Ebing[1], Kirn[2], Emmerich[3]) findet sich übereinstimmend die Angabe,

[1] Lehrbuch der Psychiatrie.
[2] Die periodischen Psychosen.
[3] Ueber cyclische Seelenstörungen in Schmidt's Jahrbücher. 1881. Nr. 5, S. 193 ff.

Digitized by Google

ass der Beginn der Psychose meist in die Pubertätsperiode oder in das Puerperium fällt. Von einem Beginne in früher Kindheit ist kein Fall veröffentlicht. Bei unserem Kranken glaube ich nun nicht fehl zu gehen, wenn ich den Anfang der Psychose in jener Zeit vermuthe, in welcher der Knabe den excentrischen Gedanken ausführte, mit einem Pferde einen „Wettlauf" zu unternehmen. Es ist nun allerdings uns Allen in der Kindheit wohl einmal die Idee gekommen — und der Idee ist wohl auch die Ausführung gefolgt —, unsere Schnellläufigkeit an dem Laufe eines Pferdes zu messen, allein es muss doch wohl dieser Gedanke von unserem Kranken in ganz besonders kühner Weise ausgeführt worden sein, wenn diese That sowohl in der von den Angehörigen gegebenen Anamnese als ein besonderes Moment aufgeführt, als auch von dem Kranken selbst als ein Wendepunkt in seinem Leben bezeichnet wird, von dem aus er selbst sein ganzes Nervenleiden herdatirt. Bestärkt werde ich in dieser Annahme durch den Umstand, dass um dieselbe Zeit der erste asthmatische Anfall sich einstellte; asthmatische Anfälle aber sind, wie wir später sehen werden, sichere Zeichen der vorhandenen maniakalischen Stimmung. Ich glaube demnach zu der Annahme berechtigt zu sein, dass der damals 10jährige Knabe eine Manie durchmachte, welche sich nur in einer dem kindlichen Ideenkreise eigenthümlichen Weise manifestirte.

Diese Manie war dem Ausbruch der cyclischen Psychose in ihrer vollen Entwickelung viele Jahre vorausgegangen; ein Verhalten, wie es in einer Reihe von Fällen von Meyer und Dittmar beobachtet worden ist. Immerhin gehört unser Fall zu den seltenen, in denen diese initiale Psychose eine Manie war; Meyer hat sie überwiegend in Form der Melancholie, Dittmar nur in drei von zehn Fällen in Form der Manie, sonst ebenfalls als Melancholie gesehen.

Zwischen dieser initialen Manie und der ersten ausgesprochenen Melancholie liegt nun die Pubertät, ohne ihrerseits einen erheblich störenden Einfluss auf die geistige Entwickelung des Knaben auszuüben. Völlige Gesundheit ist auch in dieser Zeit nicht vorhanden; Beweis genug dafür ist der dem Kranken selbst auffällige Wechsel der Leistungsfähigkeit in seinen Schularbeiten, welchen er. was ich zu bemerken nicht unterlassen möchte, von selbst hervorhebt, ohne dass etwa in ihn „hineingefragt" worden wäre; zudem fallen auch in diese Zeit häufige asthmatische Anfälle, über deren Zusammenhang mit der Psychose wir später sprechen werden. — Uebersehen wir nun den Verlauf der Krankheit im Grossen, so erscheint in seinem 18. Jahre eine tiefe Melancholie, von welcher er sich nur langsam erholt und die einer Stimmung Platz macht, in welcher er „faulenzt, sich amüsirt und viel Geld ausgiebt", um endlich wieder einer sechswöchentlichen Melancholie zu verfallen, die die Einleitung zu einem wohl ausgebildeten Cyclus von Anfällen darstellt, deren erste maniakalische Periode sofort seine Aufnahme in eine Anstalt erforderlich macht. Nachdem er hier fünf Anfälle[1] durchgemacht hat, beginnt nach einer ungewöhnlich langen Melancholie ein Zustand, in welchem der Kranke sehr wohl den Anschein vorhandener Genesung darbietet, in welchem

[1] Je eine Manie und Melancholie zusammen bilden einen Anfall; Manie resp. Melancholie für sich eine Periode des Anfalles.

Digitized by Google

jedoch ein unmotivirter Stimmungswechsel den Keim der Krankheit sichtlich verräth. Wir können diesen Zustand als ein Stadium abortiver Anfälle betrachten, während welcher der Pat. sich der Beobachtung entzieht.

Betrachten wir nun vorerst den wohl ausgebildeten Anfall. Man unterscheidet die Verlaufsweise der cyclischen Psychose darnach, ob sich zwischen den beiden Perioden ein lucidum intervallum oder eine Intermission einschaltet oder ob diese erst nach Ablauf beider Perioden eintritt. Nur in seltenen Fällen wird überhaupt ein solches Stadium vermisst. In dieser Beziehung gehört auch unser Fall zu den selteneren. Allenfalls noch nach der ersten in der Anstalt beobachteten maniakalischen Periode könnte einen Tag lang eine solche Intermission supponirt werden, in den weiteren Anfällen fehlt sie aber vollständig: der Kranke, der noch des Morgens in lebhafter Agitation sich befunden, noch viel gesprochen, seine Fähigkeiten etc. herausgekehrt hatte, ist bereits am Nachmittage schlaff, steht gesenkten Hauptes wie ein reumüthiger Sünder da, spricht nur noch wenig, langsam und ausdruckslos und legt sich bald zu Bette, um in den nächsten Tagen nicht wieder aufzustehen und ebenso, oder eigentlich noch schneller ist der Uebergang von der Melancholie zur Manie: eben noch in der früher geschilderten Weise zu Bette liegend, richtet er sich plötzlich auf, ruft mit lauter Stimme seinen Wärter, verlangt seine Kleider, steht auf, beginnt in seinen Sachen zu kramen, „Ordnung" zu schaffen und ist in kurzer Zeit mitten in der Exaltation. Die Physiognomie, die Haltung des Kranken ändern sich in dieser kurzen Zeit in so auffallender Weise, dass Fremde, die ihn gestern in der Melancholie gesehen haben, heute ungläubig den Kopf schütteln, wenn man ihnen sagt, dass dies derselbe Kranke ist, der ihnen gestern vorgestellt wurde (cf. Meyer, Archiv f. Psych. Bd. IV. 1).

Was nun das gegenseitige Verhältniss der einzelnen Perioden betrifft, so sagt Kirn[1]: „die auf einander folgenden Zustände von Manie und Melancholie gehören zusammen, sie bilden nur zwei Perioden eines Anfalls, die in directem Verhältnisse zu einander stehen, deren Dauer und Intensität entweder annähernd gleich ist, oder wenigstens in einem gewissen proportionellen Verhältnisse steht der Art, dass mit Zu- und Abnahme des einen, auch das andere Stadium zu- oder abzunehmen pflegt." Und Emmerich fügt hinzu, dass die melancholische Phase des Anfalls gewöhnlich etwas länger sei, als die Periode der Exaltation; die Congruenz aber um so grösser, je kürzer die Anfälle. — In unserem Falle nun lässt die Kürze der Anfälle gewiss nichts zu wünschen übrig und die Präcision, mit welcher die einzelnen Stadien von einander geschieden werden können, ist die denkbar günstigste für die Prüfung der gegenseitigen Relation. — Und doch finden wir, dass von einem solchen Verhältnisse weder in Bezug auf die Dauer, noch in Bezug auf die Intensität die Rede ist. Die erste Manie beginnt circa acht Tage vor der Aufnahme, den 16. Dec. und dauert bis zum 28. Dec. = 13 Tage,

die Melancholie vom 29. December bis 8. Januar = 11 „
„ Manie „ 9.—24. Januar = 16 „
„ Melancholie „ 25. Januar bis 3. Februar = 10 „

[1] l. c. S. 58.

Digitized by Google

die	Manie	vom 4.—21. Februar	= 18	Tage,
„	Melancholie	„ 22. Februar bis 3. März	= 10	„
„	Manie	„ 4.—16. März	= 13	„
„	Melancholie	„ 17.—24. März	= 8	„
„	Manie	„ 25. März bis 3. April	= 10	„
„	Melancholie	„ 4. April bis 13. Mai	= 40	„

Bis auf die letzte Melancholie ist die melancholische Phase demnach durchweg weit kürzer als die maniakalische und von einer Relation bezüglich der Dauer aus den gegebenen Zahlen nichts ersichtlich. — Bezüglich der Intensität ist bereits in der Krankengeschichte erwähnt, dass die Melancholie von der ersten bis zur letztbeobachteten stets die gleiche Tiefe beibehielt, während die Manie sichtlich an Intensität einbüsste, so dass also auch in dieser Hinsicht von einem gegenseitigen Verhältnisse nichts zu eruiren war.

Es ist dieser Mangel an gegenseitiger Relation von einem gewissen Interesse mit Bezug auf die Theorie Dittmar's über das Wesen der cyclischen Psychosen. Bekanntlich waren es Falret und Baillarger, welche, unabhängig von einander, zuerst die Folie circulaire als eine eigene Krankheitsform aus der Gruppe der periodischen Geistesstörungen ausschieden. Die „Folie circulaire" fand alsbald unter den späteren Autoren volle Anerkennung, bis auf Dittmar[1], welcher in jeder Periode nur die Reaction auf ihre Vorgängerin sieht, wie auch bei den periodischen Psychosen auf die initiale Störung ein Reactionsstadium folgt. Nur sollte es sich nach Dittmar bei der cyclischen Geistesstörung „um den besondern Fall jenes merkwürdigen Gesetzes der Reactionen handeln, wo die Oscillationen von Reaction zu Reaction statt rasch schwächer zu werden und ganz zu verschwinden, mit beiläufig gleicher Stärke fortgehen." Wäre dem so, dann sollte man allerdings erwarten, dass Intensität und Dauer der zwei Perioden eines Anfalles ein gewisses Verhältniss zu einander aufwiesen und dass es nicht vorkäme, dass auf ein elf-, resp. zehntägiges, gleich tiefes Depressionsstadium bald eine stürmische 16tägige, bald eine mildere 18, resp. 13tägige Exaltationsperiode folgte, und dass eine von Ende November bis Mitte December, also circa drei Wochen dauernde Melancholie eine Reihe heftiger Anfälle im Gefolge hat, während die letzte in der Anstalt beobachtete 40tägige Melancholie ein Stadium abortivum nach sich zieht. Dittmar kennt diesen schwachen Punkt seiner Theorie und hilft sich mit der Annahme, dass „Iuvantia und Nocentia der verschiedensten Art die Stabilität dieser Bewegungsverhältnisse modificiren." Nun, bis auf einen therapeutischen Eingriff vor der 40tägigen Melancholie, der möglicherweise auf diese modificirend eingewirkt hat, und von welchem später die Rede sein soll, kann ich für unseren, unter den denkbar gleichmässigsten Verhältnissen des Anstaltslebens stehenden Kranken die Einwirkung solcher Iuvantia und Nocentia, welche so erhebliche Differenzen verursachen sollten, mit einer gewissen Sicherheit in Abrede stellen und würde die aufgeführten Verhältnisse als einen nicht unerheblichen Einwand gegen die Dittmar'sche Theorie anzusehen, mich für berechtigt halten.

[1] Ueber regulat. u. cycl. Geistesstörung.

Digitized by Google

Wenn wir nunmehr die einzelnen Perioden selbst betrachten, so bieten sie — vorläufig von den somatischen Complicationen des Asthmas und Herpes abgesehen — nicht viel, was sie von anderen in der Literatur bekannten Fällen unterscheidet. So findet sich bei ihnen der von Meyer besonders betonte Mangel vollkommener Reinheit: Mitten in der Manie giebt sich einen Tag lang oder stundenlang eine gewisse Verstimmung kund; mitten in der Melancholie richtet sich der Kranke vorübergehend auf, commandirt über seine Wärter, wie in der Manie (cf. die Krankengeschichte vom 10. April).

Die Manie geht mit erhöhtem Selbstgefühl einher, der Kranke dichtet und zeichnet und weiss seine Leistungen in das — seiner Ansicht nach — gebührende Licht zu stellen, er hält sich für einen vorzüglichen Schützen und Reiter und erzählt gern abenteuerliche Jagdgeschichten und Reiterkunststücke, hält sich für einen geistreichen und liebenswürdigen Gesellschafter, sucht Allen den Genuss der Unterhaltung mit ihm zu Theil werden zu lassen, zeigt sich aber in der Unterhaltung gegen jeden Widerspruch so widerstandslos, dass er Händel und Raufereien entrirt, wenn nicht von dritter Stelle intervenirt wird, und es fehlt auch hier nicht an dem Bestreben, alle Handlungen möglichst motivirt erscheinen zu lassen (cf. Meyer l. c.). Dabei ist grosse Unternehmungslust vorhanden; er schreibt viel, will Pistolen neuer Construction anfertigen lassen, macht zwei Mädchen Heirathsanträge etc. — Tiefere Bewusstseinsstörungen, wie sie Baillarger beschreibt, mit Hallucinationen und Wahnvorstellungen, wuthartigen Affecten bei congestionirtem Kopfe, erhöhter Temperatur, Herzklopfen, Schwindel, Farbensehen und Erbrechen sind bei unserem Kranken niemals zur Beobachtung gekommen. — Das körperliche Verhalten anlangend, ist der Schlaf sehr mangelhaft, Puls sehr beschleunigt, der Appetit vorzüglich, zuweilen ganz unstillbar, der Stuhlgang regelmässig; die Secretionen vorübergehend etwas vermehrt. Bezüglich der Letzteren haben wir eine Reihe von Messungen des täglichen Urinquantums und specifischen Gehalts desselben vorgenommen, welche hier ihren Platz finden mögen:

Datum	Urinmenge	Sp. G.	
9. März	1900 Gr.	1024	durchschnittliches Tagesquantum: 1850 Gr.
10. „	1900 „	1030	
11. „	1400 „	1023	
12. „	2200 „	1018	
25. März	600 Gr.	1040	durchschnittliches Tagesquantum: 1345 Gr.
26. „	600 „	1032	
27. „	1900 „	1019	
28. „	2000 „	1015	
29. „	950 „	1026	
30. „	1600 „	1022	
31. „	1900 „	1016	
1. April	1800 „	1018	
2. „	1000 „	1024	
3. „	1100 „	1026	

Digitized by Google

Dem gegenüber erscheint, um gleich daran anzuknüpfen, das Verhalten der Urinsekretion in der Melancholie sehr bemerkenswerth; es ist eine sehr erhebliche Herabsetzung des täglichen Urinquantums eingetreten. Es folgen die Zahlen:

Datum	Urinmenge	Sp. G.	
18. März	900 Gr.	1025	
19. „	650 „	1038	
20. „	800 „	1040	
21. „	700 „	1035	durchschnittliches Tagesquantum: 736 Gr.
22. „	700 „	1034	
23. „	700 „	1035	
24. „	700 „	1035	

Noch weit erheblicher ist die Verminderung der Harnmenge in folgender Periode:

Datum	Menge	Sp. G.	Datum	Menge	Sp. G.
4. April	800	1016	25. April	400	1035
5. „	700	1020	26. „	350	1037
6. „	700	1027	27. „	500	1030
7. „	600	1030	28. „	750	1030
8. „	500	1029	29. „	750	1018
9. „	700	1030	30. „	650	1025
10. „	500	1028	1. Mai	650	1025
11. „	500	1035	2. „	350	1035
12. „	500	1036	3. „	400	1035
13. „	400	1040	4. „	400	1037
14. „	300	1040	5. „	400	1038
15. „	700	1030	6. „	500	1035
16. „	600	1035	7. „	300	1035
17. „	500	1037	8. „	500	1035
18. „	400	1036	9. „	400	1036
19. „	400	1040	10. „	400	1036
20. „	400	1036	11. „	700	1027
21. „	400	1035	12. „	500	1033
22. „	400	1035	13. „	500	1035
23. „	350	1035	14. „	300	1040

Durchschnittliches Tagesquantum: 500 Gr.

Wir finden hier demnach dasselbe Verhältniss, welches Rabow[1] bei seinen Harnuntersuchungen constatirte: Verminderung der Urinmengen in der Melancholie bei erhöhtem specifischem Gewichte, Vermehrung bei erniedrigtem Sp. G. in der Manie. — Fremde Bestandtheile waren übrigens in dem Urine niemals nachzuweisen.

Was nun die Melancholie anlangt, so trat hier das Characteristicum der „stereotypen, fast photographischen Aehnlichkeit der einzelnen Anfälle“ (Emmerich) unter einander ausserordentlich deutlich hervor.

[1] Archiv f. Psych. Bd. 7. S. 72.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Ueber secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes** von Dr. J. Singer, Assistenten am physiologischen Institute zu Prag. (Aus dem LXXXIV. Bande der Sitzb. der k. Akad. der Wissensch. III. Abth. Oct.-Heft. Jahr. 1881.)

1. Secundäre Degeneration nach totaler und partieller Rückenmarksdurchschneidung. Die Durchschneidung geschah an der Grenze zwischen Brust- und Lendenmark. Getödtet wurden die Thiere gewöhnlich 5—6 Wochen nach der Operation, das Rückenmark in einer 2% Lösung von doppelt-chromsaurem Kali gehärtet und mit dem Mikrotom geschnitten. Dicht ober- und unterhalb des Schnittes findet sich in $1—1^1/_2$ Ctm. Ausdehnung die „traumatische Degeneration". Die weisse Substanz (mit Ausnahme der Hinterstränge) ist von Lücken durchsetzt, in denen grosse, glasige Klumpen liegen. Die eigentliche secundäre absteigende Degeneration findet sich am medianen Rande der Vorderstränge, verdickt sich im vorderen Winkel derselben und geht nach aussen in eine vollständige diffuse Degeneration über, welche fast über den ganzen Querschnitt der Vorderseitenstränge verbreitet ist. Die Kleinhirnseitenstrangbahn bleibt frei. Gegen die Lendenanschwellung hin zeigt die absteigende Degeneration eine rasche Abnahme und verschwindet bald vollständig. Die degenerirten Fasern in den Vordersträngen sind nicht, wie Schieferdecker meinte, als Pyramiden-Vorderstrangbahn aufzufassen, welche beim Hunde wahrscheinlich überhaupt gar nicht existirt. Die secundäre aufsteigende Degeneration betrifft die Kleinhirn-Seitenstrangsbahn, welche bis in die corpora restiformia verfolgt werden konnte. Doch auch nach innen und vorne von ihr findet man zahlreiche zerstreute, in den Seitensträngen aufsteigend degenerirte Fasern, welche aber in der Höhe des VII. Halsnerven verschwinden. Hier nimmt auch der Querschnitt der degenerirten Randzone (der Kleinhirnbahn) ab. Die Hinterstränge sind dicht über dem Schnitt total degenerirt. Weiter oben erfolgt aber eine rasche Abnahme der Degeneration, welche sich bald nur noch auf ein Dreieck an der hinteren Peripherie beschränkt, aber bis in die Oblongata hinein verfolgt werden kann.

2. Secundäre Degeneration nach Durchschneidung der hinteren Wurzeln. Einem jungen Hunde wurden die hinteren Wurzeln des ersten und zweiten Sacralnerven, sowie des sechsten und siebenten Lumbalnerven auf der linken Seite durchschnitten. Nach ca. 4 Wochen wurde das Thier getödtet. Die Degeneration beschränkte sich auf den linken Hinterstrang. In der Höhe des II. Sacralnerven ist die äussere Hälfte des Hinterstrangs ganz degenerirt, in den medialen Partien findet man neben degenerirten noch zahlreiche normale Fasern. Weiter aufwärts bis zum Eintritt des VI. Lumbalnerven ist die Degeneration über den ganzen Hinterstrang ausgebreitet, doch finden sich auch hier namentlich in den hinteren Partien noch vielfach normale Fasern. Vom V. Lumbalnerv an weiter nach oben treten die intact gebliebenen hinteren Wurzelfasern in die äusseren Partien des Hinterstrangs ein. Die Degeneration findet sich längs der hintern Fissur, wird vorn aber immer geringer und findet sich im Brustmark in Form eines kleinen, an der hinteren medialen Spitze des linken Hinterstrangs gelegenen Dreiecks. Dasselbe kann bis zum Auftreten der Kerne der zarten Stränge durch das ganze Halsmark hindurch verfolgt werden. Somit ist eine directe Verbindung zwischen den hinteren Wurzeln und der Oblongata sicher erwiesen, und zwar betheiligen sich die hinteren Wurzeln der Sacral- und Lumbalnerven an dem Aufbau der Goll'schen Stränge. Für die Brustnerven aber ist dieser Zusammenhang mit dem G. S. nicht erwiesen. Nach ihrer Durchschneidung degeneriren zwei schmale mittlere Streifen, welche sich nur bis zur Halsanschwellung hinauf verfolgen lassen.

Digitized by Google

3. Secundäre Degeneration nach Zerstörung der motorischen Rindenzone des Hundes. Die Zerstörung wurde durch punktförmige Cauterisation an erwachsenen Hunden vorgenommen. Im entgegengesetzten Seitenstrang war nach einigen Wochen eine deutliche Degeneration nachweisbar, deren Form und Lage durchaus der Pyramiden-Seitenstrangbahn des Menschen entspricht. Eine Pyramiden-Vorderstrangbahn scheint beim Hunde nicht zu existiren. Die Py.-S. ist blos bis in den Anfang des Lendenmarks zu verfolgen. Die in den sub 1 beschriebenen Versuchen abwärts degenerirten Fasern im Lendenmark haben also mit der Pyramidenbahn nichts zu thun. Strümpell.

---

2) **Ueber die Gefühle** von Theodor Meynert. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft.)

In seiner bekannten, einem kurzen Referate kaum zugänglichen Weise, erweitert M. seine bisherigen Arbeiten über die Leistungen der Grosshirnhemisphären. Er geht dabei von seinem bekannten Reflexschema aus, das er dahin ergänzt, dass die jeden sensiblen Reiz begleitende reflektorische Innervation im Gefässcentrum gleichfalls in der Grosshirnrinde ein Erinnerungsbild setzt, was zur Folge hat, dass bei willkürlicher Innervation auch der Gefässverengerer centrifugal innervirt wird. „Dieses, durch primäre subcortiale Gefässinnervationsakte ausgesponnene und eine secundäre Rindeninnervation auf die Gefässe auslösende Spiel des Gehirnmechanismus hängt . . . mit den Phänomenen zusammen, welche wir Gefühle nennen."

Im folgenden legt M. nun dar, wie die Angriffsbewegungen und das damit einhergehende Lustgefühl von arterieller Erweiterung, der sog. functionellen Hyperämie begleitet sind, während mit den Abwehrbewegungen und dem dasselbe begleitenden Unlustgefühle aktive arterielle Anaemie in Folge von erhöhtem Gefässdruck verbunden ist. „Das Gefühl selbst ist in letzter Linie die subjektive Wahrnehmungsform der Summe dieser physiologischen Vorgänge, gleichsam der Ausdruck eines Sinnes für die Ernährungszustände der Rinde." A. Pick.

---

3) **Die ersten Fragen der Physiologie** von Prof. Luigi Luciani. Deutsch von Kornfeld. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft S. 206.)

Allgemeiner Vortrag über Geist, Materie und Aehnliches, der kein kurzes Referat zulässt. A. P.

---

4) **Experimentelle Untersuchungen über das von der Grosshirnrinde abhängige Zittern** von Dr. S. Pasternatzky. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft S. 229.)

Deutsche Wiedergabe der in den Archives de phys. norm. et path. 1881, p. 328 veröffentlichten Arbeit. A. Pick.

Pathologische Anatomie.

5) **Aus dem internationalen medicinischen Congress zu London.** — Section für pathologische Anatomie. — (Transactions. London 1881. Vol. I.)

1) Pierret (Lyon) entwickelt seine Theorie der Tabes. Er hält dieselbe anatomisch für eine Systemerkrankung der sensorischen Bahnen der ganzen Länge der Cerebrospinalaxe nach und erklärt alle Symptome als Erkrankung theils der peripheren Organe der Specialsinne, theils der sensorischen Centren und aus den reflectorischen Beziehungen zwischen den sensorischen und motorischen (incl. vasomotorischen) Cerebrospinalcentren. So erklärte sich die Häufigkeit motorischer Störungen als: Paralyse, Hemiplegie, motorischer Schwäche bei Tabes; für spastische Erscheinungen nimmt auch er gleichzeitige Seitenstrangsclerose an; Ataxie sei das Gesammtresultat aller motorischen Störungen; die vasomotorischen Störungen werden auf Erkrankung der Goll'schen Stränge zurückgeführt.

Digitized by Google

In der Discussion schliesst sich Broadbent (London) dem Vorredner an, behält aber für die Coordinationsstörungen die ältere Theorie der Unterbrechung von commissuralen Bahnen zwischen einzelnen Segmenten der sensorischen Zellsäulen bei.

Erb weist, unter Ablehnung der P.'schen Theorie darauf hin, dass ein Zusammenhang der hinteren Wurzeln weder mit dem Clarke'schen Säulen noch mit den motorischen Bahnen und Zellgruppen nachgewiesen ist, dass ferner die motorischen Störungen zu den allerspätesten Symptomen der Tabes gehören und ausgedehnten anatomischen Veränderungen entsprechen.

Buzzard (London) macht zur Stütze der P.'schen Auffassung — aufmerksam auf das häufige plötzliche Einknicken der Beine bei Tabikern, auf die von ihm 1 mal beobachtete Hemiplegie mit erloschener Reflexerregbarkeit in dem betr. Arm und auf das Vorkommen von Facialisparalyse in Verbindung mit Trigeminusschmerzen bei Tabes, endlich auf die erhaltene oder erhöhte mechanische Erregbarkeit des Vastus internus bei fehlendem Kniephänomen. — Noch weiter als P. selbst geht

Hallopeau (Paris). Für ihn ist die Tabes primär eine durch excessiv-functionelle Reizung entstandene Erkrankung der peripheren Ausbreitung der Sinnesorgane bei prädisponirten Individuen.

2) Aphoristische Schilderungen histologischer Veränderungen im Rückenmark von Kesteven (London) bringen nichts Neues. Miliare Degerationen nennt er das bei allen möglichen Krankheiten des Nervensystems von ihm beobachtete Vorkommen durchsichtiger Schollen von sehr variabler Grösse, die sich durch ihr Verhalten im polarisirten Licht von den Corpora amylacea unterscheiden sollen.

3) Dreschfeld (Manchester) demonstrirt Schnitte vom Rückenmark eines Falles von spastischer Spinalparalyse. Es handelt sich hier, wie Erb bestätigt, um reine primäre Sclerose der Pyramidenbahnen mit secundärer Atrophie von Ganglienzellen in den Vorderhörnern.

4) Coats (Glasgow) sah in 11 Fällen (incl. 2 früher veröffentlichten) bei meist jugendlichen Individuen Ruptur von Aneurysmen der grösseren Gefässe der Hirnbasis mit Blutung in die Gehirnsubstanz, darunter 9 mal mit Durchbruch in die Seitenventrikel. Die Blutung war meist sehr bedeutend, der Tod trat rapide ein. — In 3 Fällen handelte es sich um embolische Aneurysmen (Ponfick u. A.) infolge Klappen-Endocarditis; Embolien fanden sich dabei auch in der Milz und den Nieren; in den anderen Fällen konnte eine Quelle für Embolien nicht nachgewiesen werden, in dreien bestand Atheromatose der Gefässe, in den übrigen waren die Gefässwände gesund. Nach den Erfahrungen des Verf. ist bei Personen unter 40 Jahren Ruptur von Aneurysmen der Meningealgefässe die häufigste Ursache von Apoplexie. Die einzelnen Fälle werden kurz geschildert. Tuczek.

---

6) Ueber Spalt-, Höhlen- und Gliombildung im Rückenmarke und in der Medulla oblongata von Fr. Schultze in Heidelberg. (Virch. Arch. LXXXVII. S. 510—540. u. Taf. X. Sep.-Abdr.)

Das Gemeinsame in 5 höchst interessanten Fällen, welche die materielle Grundlage dieser Abhandlung bilden, ist eine Wucherung der Glia, die theils vom centralen Ependym, theils von der grauen Substanz der Hinterhörner ausgeht und zwischen geringfügiger Vermehrung der ependymären Glia bis zu wirklichen Gliomen gradweise Verschiedenheiten zeigt, die selbst an ein und demselben Präparate studirt werden können. Im Centrum dieser gliösen Massen lassen sich ferner alle Uebergangsstadien von Lockerung und Rarefication des Gewebes bis zu wirklicher Spaltbildung verfolgen, unabhängig vom Centralkanal, der entweder völlig erhalten oder wenigstens durch Residuen seiner Obliteration angedeutet ist. Diese Spalten sind theils ausgekleidet von einer fibrillären Bindegewebsmembran, theils blos umgeben von demselben zellenreichen Gliagewebe mit sklerotischen Gefässen, aus welchem die Neubildung besteht. In einzelnen Fällen ist die Wucherung sehr massig und erweitern sich die Spalten

Digitized by Google

zu geräumigen Höhlen, mit oft hochgradiger Formveränderung, Verdrängung, theilweise Einschrumpfung oder völliger Vernichtung der Rückenmarksabschnitte. Die Variabilität des Sitzes der Höhlenbildung ist eine viel grössere als man bisher wusste; neben dem Hintersträngen — dem häufigsten Sitz der Affection — waren die Commissuren, die Hinter- und Vorderhörner, die Seitenstränge und gewisse Partien der Oblongata betroffen.

Während nun diese Fälle von Spaltbildung aus zerfallener gliöser Neubildung Beispiele echter Syringomyelie (Simon) sind, finden sich daneben spaltförmige Erweiterungen und Verlagerungen des Centralkanals, für welche die Leyden'sche Auffassung der Syringomyelie als Entwicklungshemmung (Hydromyelus) beibehalten wird, sodass also für diese Fälle eine Combination zwischen angeborener und später entstandener Spaltbildung anzunehmen ist. Die Hypothese von Langhans, der als Ursache der Spaltbildung ein Stauungsödem annimmt, wird durch die vorliegenden Fälle, wo von einem gesteigerten Hirndruck keine Rede ist, unannehmbar.

Mit der Wucherung der Glia combinirten sich in einigen Fällen andere Prozesse, die mit Veränderungen der Glia einhergehen: Degeneration in den Seiten- und Hintersträngen, einmal partielle Sklerose und Atrophie einer Olive und der angrenzenden Schleifenschicht.

Klinisch war 1 Fall völlig symptomlos verlaufen; in einem 2. glich das ganz unbestimmte Krankheitsbild viel eher einer functionellen Neurose, was für manche gewöhnlich als Hysterie aufgefassten Störungen zu denken giebt, in den anderen entsprachen die Erscheinungen der Dignität der vernichteten oder entarteteten Rückenmarksabschnitte; beobachtet wurden: Contracturen, Schmerzen, Paresen und Atrophien der Extremitäten, ausgedehnte Analgesie und partielle Anästhesien; bei Betheiligung der Oblongata auch Bulbärsymptome. Der klinische Verlauf beweist zugleich, dass die Destructionen im Rückenmark mindestens zum grössten Theil im späteren Leben eintreten. — Allgemeine differentialdiagnostische Merkmale sind bei der Verschiedenheit der Fälle und ihres anatomischen Substrats nicht anzugeben; unter Umständen, besonders bei genau localisirbaren Erscheinungen ausschliesslicher Erkrankung der grauen Substanz, ist die Diagnose zu stellen. Bezüglich der klinischen und anatotomischen Details sei auf das Original verwiesen. Verf. hält die geschilderten Spaltbildungen nicht für so selten und fordert zur Untersuchung des Rückenmarks bei Neurosen und weniger ausgeprägten Fällen von angeborenen cerebralen Degenerationen auf. Tuczek.

---

7) Lésion ancienne du lobule de l'insula par Bourneville et Bonnaire. (Arch. de Neurolog. 1882. No. 8; gleichzeitig veröffentlicht im Progr. méd. 1882. No. 13.)

Ein 35jähriger Mann wurde nach einem apoplectischen Insult hemiplegisch; 6 Jahre später wurde und blieb er bis zum Tode epileptisch; in den letzten Jahren progressiver Blödsinn mit intercurrenten Zuständen von Aufregung und von Stupor. Status wenige Tage vor dem Tode, der 19 Jahre nach dem Insult infolge käsiger Pneumonie eintrat: linksseitige Hemiplegie mit Facialisparalyse, Atrophie und Contracturen der linken Extremitäten, gesteigerte Reflexerregbarkeit derselben; Kniephänomen links ungewöhnlich lebhaft ausgeprägt, Mal perforant an der linken Planta pedis; keine Aphasie. Die Section wies einen grossen, durch eine Cyste ausgefüllten Defect in der rechten Hemisphäre nach, in den vollständig untergangen waren: die ganze Insel, der hintere Abschnitt der 3. Stirnwindung, der untere der Centralwindungen, Theile des untern Scheitelläppchens, die erste Schläfenwindung, Abschnitt der zweiten. — Rechtsseitige Atrophie des gesammten Marklagers der Hemisphäre, des Grosshirnschenkels, der Brückenhälfte der Pyramide, mit absteigender secundärer Seitenstrangdegeneration. — Auch der rechte Streifen — und Sehhügel waren hochgradig atrophisch. Tuczek.

Digitized by Google

Pathologie des Nervensystems.

8) **Zwei Fälle von circumscripter Läsion der motorischen Rindenzone des Gehirns** von Dr. Spitz in Breslau. (Deutsche med. Wochenschr. 1882. No. 14. 1. April.)

Fall 1. Frau von 76 Jahren. Vor 5 Jahren vollständige rechtsseitige Amaurose (Glaucom). Vor 3 Monaten apoplectischer Anfall, der eine Lähmung des rechten Armes zurückliess. Der rechte Arm wird im Ellbogengelenke flectirt gehalten, ist in seinem unteren Theile etwas ödematös; Musculatur, bes. Deltoideus, atrophisch. Im Uebrigen keine motorische oder sensitive Störung. Pleuritisches Exsudat links. Tod durch unstillbare Diarrhöen.

Section: In der Mitte der linken vorderen Centralwindung, 4 cm. von der Mittellinie entfernt, eine etwa 1,5 cm. breite erweichte, gelbe Stelle. Dieselbe nimmt nur die Höhe der Windung ein, geht aber nach vorn in den Sulc. praecentralis und auf die 2. Stirnwindung über, wo sich ein mit dem ersten zusammenhängender, ca. 1 cm. im Durchmesser haltender ähnlicher Fleck findet. Auch an dem hinteren Abhange der Centralfurche noch eine kleine gelblich erweichte Stelle. Rechter Opticus bis zum Chiasma atrophisch; excavat. papill. nv. optici.

Ausserdem: Carcinom. ventr. Thromb. ven. fem. dextr. Embolie und Infarcte in den Lungen. Linksseitige Pleuritis.

S. meint, dass das hier in der gelähmten Extremität bestehende Anasarca und die dort vorhandene Atrophie zeigten, dass vasomotorisch-trophische Störungen nicht gegen den Sitz eines Herdes in der Hirnrinde sprächen.

Fall 2. Ein 56 Jahr alter phthisischer Mann zeigt nach einem apoplectischen Anfall rechtsseitige Hemiplegie ohne Aphasie. Wenige Stunden darauf tonische und klonische Krämpfe, ausschliesslich links. Diese Anfälle treten 6 Tage lang 3—4 mal täglich auf und wurden stets von einem Spasmus des linken Facialis eingeleitet. Sensibilität normal.

Section. Taubeneigrosser Erweichungsherd, der die linke vordere Centralwindung (etwa 2 cm. von der Mittellinie entfernt) einnimmt, sich auf die Centralfurche, sowie auf die hintere Centralwindung fortsetzt. Rechte Hemisphäre durchaus normal.

Verf. führt die epileptiformen Anfälle darauf zurück, dass die Rindenläsion die Rolle eines peripheren Reizes übernimmt, der in Pons und Medull. oblong. die Krämpfe auslöse. (Warum aber nur links hier? Ref.) M.

---

9) **De la cachexie pachydermique (Myxoedème des Anglais)** par Blaise. (Arch. de Neurolog. 1882. Nr. 7. et 8, p. 60 et 141.)

Nach einer Uebersicht über das bis jetzt in der Literatur vorliegende Material berichtet B. über einen selbstbeobachteten Fall dieser Krankheit, welche von Charcot „Cachexie pachydermique", von den englischen Autoren „Myxoedem" genannt wird.

Die interessante Krankengeschichte handelt von einer 34jährigen Frauensperson, welche erblich nicht belastet war und im 27. Lebensjahre, nachdem in früheren Jahren bereits Vorläufer bestanden, von der eigenthümlichen Hautaffection befallen wurde. Dazu gesellten sich schwere Störungen im Centralnervensystem: Unruhe, Reizbarkeit, Sprachstörung, Verlangsamung der psychischen Functionen, sodann Hallucinationen und Verfolgungsideen. Auch meinte sie, sie trüge eine Maske und hätte den Kopf eines Hundes. Unter dem Gebrauch von Eisen und Roborantien besserte sich der psychische Zustand und nach 2 Jahren wurde die Kranke als geistig gesund entlassen. Auch die körperlichen Erscheinungen besserten sich erheblich.

B. recapitulirt dann die bis jetzt aus den Beobachtungen sich ergebenden Resultate. Die Krankheit kommt, wie es scheint, in jedem Lebensalter und bei beiden

Digitized by Google

Geschlechtern vor. Die Aetiologie ist dunkel. Zu den eigenthümlichen Veränderungen der Haut gesellt sich Ausfallen der Haare, Ernährungsstörungen der Nägel. Die Zunge wird dick und schwer beweglich, die Sprache ähnlich wie bei Tonsillitis. Auch die Mund- und Rachenschleimhaut ist verdickt. Die Schilddrüse wurde seltsamerweise stets verkleinert gefunden. In der wässerig-elastisch verdickten Haut bestehen abnorme Empfindungen, die Temperatur der Haut ist objektiv verringert. Die inneren Organe functioniren im Ganzen normal, die Urinsecretion ist meist etwas verringert, doch fand sich kein Eiweiss. Regelmässig besteht Anämie. Blutkörperchenzählung fehlt noch. Die psychischen Functionen können intact sein, doch findet sich auch in diesen Fällen Langsamkeit im Denken und leichtes geistiges Ermüden. Andere Kranke sind mehr oder weniger geistig gestört, wie es scheint wurde Manie, Melancholie, Verrücktheit und geistige Schwäche beobachtet. Anämie und Cachexie, Störungen der Haut und Störungen des Nervensystems: dies sind die drei nie fehlenden Hauptsymptome. In wie weit zwischen den beiden letzteren ein Zusammenhang besteht, ist noch nicht ermittelt. Das Pathologisch-anatomische ist bis jetzt dürftig. Der Verlauf war meist ein langsamer, einige Male wurde Besserung beobachtet. Therapeutisch erwiesen sich Chinamittel, Eisen, Bade- und Luftkuren heilsam. Siemens.

---

10) Progressive Muskelatrophie, Myelomalacie, Myelitis von A. Pick. (Real-Encyklopädie der gesammten Heilkunde, herausg. v. Eulenburg. Sep.-Abdr.)

Den Bedürfnissen eines Nachschlagebuchs entsprechend giebt Verf. in jedem der drei Artikel zunächst eine historische Uebersicht.

In dem ersteren folgt sodann die Aetiologie, Symptomatologie etc. der progressiven **Muskelatrophie,** wobei P. der Aehnlichkeit derselben mit dem Krankheitsbilde der Bulbärparalyse nur in geringem Maasse Rechnung trägt. (Leider ist es noch nicht Gebrauch entsprechend dem Meynert'schen Schema beide Krankheiten zusammen als eine Affection des Projektionssystems dritter Ordnung und höchstwahrscheinlich nur der Kerne desselben abzuhandeln.) Nach Schilderung der Schwäche und Atrophie folgt eine Darstellung der Befunde elektrischer Untersuchung und der eigenthümlichen Form von Entartungsreaktion, wie sie von Erb und von dem Ref. beobachtet. Ob es dabei zweckmässig ist, unter den Befunden veränderter Erregbarkeit auch solche als gleichwerthig aufzuführen, welche wegen mangelnder sachgemässer Untersuchung allseitig zurückgewiesen wurden (ich erinnere an die Ferber'schen Befunde gesteigerter Erregbarkeit bei der progressiven Muskelatrophie), möchte ich bezweifeln. Die weitere Symptomatologie bedarf eines genaueren Eingehens nicht. Mancher neurasthenische College wird darin die auch von P. anerkannte Anschauung mit Freuden begrüssen, dass die fibrillären Muskelzuckungen nichts Specifisches für die progressive Muskelatrophie darstellen.

Die Abtheilung über die pathologische Anatomie der Erkrankung bringt in klarer und deutlicher Fassung die einander gegenüberstehenden Anschauungen, die neuropathische und die myopathische, welche letztere nach Anschauung des Verf. durch den ausführlich referirten, wenn auch nicht ganz mit dem Krankheitsbilde übereinstimmenden Lichtheim'schen Fall insofern eine Stütze erhalten hat, als in Zukunft auf Grund einer feineren Diagnostik (Entartungsreaktion) vielleicht zwischen einer centralen und peripheren Form zu unterscheiden sei.

In dem Capitel über die so seltene und in so wenig Fällen konstatirte **Myelomalacie** werden die bekannten Thatsachen und Anschauungen in klarer Weise von dem Verf. zusammengestellt.

Unter **Myelitis** schildert Verf. zunächst die akute Form derselben, zerfallend in Myelitis diffusa centralis, Myelitis transversa und disseminata, und giebt eine klare Schilderung der mikroskopischen Befunde, wobei die erst in den letzten Jahren mehr beachtete Veränderung der Axencylinder und Ganglienzellen, die Quellung und Vergrösserung beider und die Vacuolenbildung in denselben ausführliche Berücksichtigung

Digitized by Google

erfahren. Es folgt dann die Symptomatologie der einzelnen Formen mit Hervorhebung der Myélite à rechutes und der Myelomeningitis bei Ausschluss der Poliomyelitis und der spastischen, vielfach die Myelitis transversa begleitenden Erscheinungen. Bei Schilderung der chronischen Form der Myelitis erwähnt Verf. zunächst die einander gegenüberstehenden Anschauungen über chronische Entzündung und degenerative Atrophie, ohne indessen zu diesen Fragen bestimmte Stellung zu nehmen; doch scheidet er die secundären Degenerationen aus der Myelitis chronica aus, nimmt aber im Uebrigen eine interstitielle und parenchymatöse Form an. Indem er hier nur die erstere behandelt, schildert er die diffuse chronische Myelitis und die ringförmige Sclerose. Besonders die erstere Form enthält eine ausführliche Zusammenstellung der bekannten, so vielfach noch streitigen Fakta.

Dass besonders die chronische Myelitis in einem Werk alphabetischer Anordnung, in welchem sich nicht die einzelnen Formen der Erkrankungen als Unterabtheilungen der Myelitis anreihen, entschieden leiden muss, ist selbstverständlich; ein Uebelstand, der auch dem Verf. nichts weniger als entgangen ist. Vielleicht würde es bei einer weiteren Auflage zweckmässig sein, unter Myelitis acuta und chronica nur die allgemeinen pathologisch-anatomischen und symptomatologischen Gesichtspunkte ausführlich zu berücksichtigen und die speciellen Krankheitsbilder in besondere Capitel zu verbannen. Rumpf.

---

11) Ueber Lähmungen der Hand und Finger in Folge von polizeilicher Fesselung von M. Bernhardt. (Vierteljahrschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Bd. 36. Heft 2. S. 256—258. Sep.-Abdr.)

Verf. beschreibt 5 Fälle von Armlähmung in Folge der in Berlin geübten Art der polizeilichen Fesselung; schon Brenner hat ähnliche aus St. Petersburg berichtet. Da beide Arme durch die oberhalb der Ellbogen um die Oberarme geführte Schnur auf dem Rücken zusammengezogen werden, so ist der Nerv. radialis durch die Procedur gefährdet. Auch in den B.'schen Fällen waren es vorwiegend Radialis-Lähmungen, doch beobachtete Verf. Paralyse sämmtlicher Arm-Nerven. Theils waren es „leichte" Lähmungen, bei welchen die elektrischen Erregbarkeits-Verhältnisse (unterhalb der Manipulations-Stelle) sich nicht von denen gesunder Theile unterscheiden, dem entsprechend wurden sie in 2—3 Wochen geheilt. In den anderen Fällen aber kamen durch die Umschnürung tiefere Läsionen der Nerven zu Stande, so dass sogenannte Mittelformen von Lähmung sich entwickelten oder auch, trotz Fehlen der Entartungs-Reaction, die Erregbarkeit wochenlang herabgesetzt war.

Es würde sich deshalb empfehlen, die Fesselung, wo sie wirklich nothwendig erscheinen sollte, etwa in der Nähe der Handgelenke vorzunehmen, wo die vorstehenden Knochenenden der Vorderarmknochen den Druck besser aushalten können, auch die Schleife gleich nach dem Eintreten in die Haftzelle zu lösen. Falk.

---

12) Ueber circumskriptes Gehirnödem als Ursache von Herdsymptomen von Dr. A. Holländer. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft. S. 176.)

I. 55jähr. Frau, seit 5 Jahren Rückenschmerzen ohne auffallende Gehstörung, vor 2 Jahren kurzdauernde Erregung mit hochgradiger Verworrenheit, seither psychisch normal, des Morgens bis zu $^1/_2$ Stunde andauernde Absenzen; in den letzten 8 Wochen drei leichte apoplectiforme Anfälle ohne Folgeerscheinungen; nach einer in Folge Affectes schlaflosen Nacht tobsüchtige Erregung, heftige Bewegungen des ganzen Körpers, Sprachlosigkeit. Auf der Klinik hochgradige Benommenheit, rechtsseitige Hemiparese mit Einschluss des Mundfacialis, leichte linksseitige Blepharoptosis, leichte klonische Zuckungen des rechten Armes, Haut- und Sehnenreflexe fehlen, Temp. 39. Am folgenden Tage Erscheinungen von Seite der Lunge, Zunahme der Facialparese, Tod. Section (Meynert): Gehirnatrophie, partielle Verdickungen der

Digitized by Google

Häute; Gehirnödem nach Hyperämie, welche in der linksseitigen Ganglienmasse ganz verdrängt ist; erbsengrosser Tumor fibrocartilagineus am vorderen Drittel der Sattellehne auf der Mitte der Brücke, Oedem der Med. spin. besonders im oberen Theile. Marasmus-Hypostase und hypostatische Pneumonie, Fettherz.

II. 56jähr. Handarbeiterin seit 3 Jahren epileptiforme Anfälle mit Aufregung und paralytischer Blödsinn (?). Auf der Klinik Bewusstlosigkeit nach tobsüchtiger Aufregung, binnen 3 Stunden 12 Anfälle mit rechtsseitigen tonischen und klonischen Krämpfen, den Facialis eingeschlossen, Bulbi nach rechts gedreht; zwischen den Anfällen Coma, rechtsseitige Facialis- und Extremitätenparese, Hautreflexe rechts aufgehoben, Kniephänomen beiderseits gesteigert; Tod nach mehrfachen Krämpfen. Section: Meningen zart, linksseitige Windungen durch Oedem abgeplattet, im linken Sulcus calcar. eine in's Mark reichende haselnussgrosse ältere Erweichung, die Rinde der mittleren Partie des Sulcus calcar. atrophisch, citronengelb; linkes Ammonshorn sclerotisch, atrophisch. Die Meningen von der Brücke schwer abziehbar, an der Obl. fest anhaftend, die Pyramiden stark ödematös. Nach rückwärts von den Hinterhörnern Verwachsungslinien. Pneumonie; chronischer Darmcatarrh. —

H. kommt auf Grund der im Original nachzusehenden Discussion zu dem Schlusse, dass die Herderscheinungen auf das partielle Hirnödem zu beziehen sind; „es ist demnach das erwiesene, partielle Oedem ein Beweis dafür, dass in allen jenen Fällen, wo präagonale oder schon früher beobachtete Reiz- oder Lähmungssymptome vorliegen, das ursächliche Moment für diese Erscheinungen in der quantitativ verschiedenen serösen Durchfeuchtung des Gehirns zu suchen sei." A. Pick.

---

13) **A Case of Hysterical Paraplegia in a Boy** by A. G. Barrs. (The Brit. Med. J. 25. Febr. 1882.)

12jähr. Knabe, rec. 23. Nov. 1881. Seit einigen Monaten Enuresis nocturna, erfolglos behandelt; 7 Tage vorher plötzliche Schwäche des linken Beins und anscheinend in wenigen Minuten vollkommene Paraplegie. — Vortrefflicher Ernährungszustand, weite Pupillen, psychisch leichte Erregbarkeit. An den unteren Extremitäten keine aktive Bewegungsfähigkeit. Bei passiver Knieflexion entschiedener Widerstand. Absolute Anästhesie und Analgesie abwärts der Patellae bis zum Ansatz der Zehen mit scharfer oberer und unterer Grenze. Sehnenphänomene, Hodenreflexe normal. Kein Fusszittern. Vom Eintreten der Paraplegie ab kein Bettnässen mehr. — Am 25. Nov. Anästhesie vollkommen verschwunden, beginnende Wiederkehr der Motilität, am 26. Nov. Pat. im Stande mit Unterstützung zu stehen und zu gehen. Am 6. Dec. geheilt entlassen; seither von der Enuresis befreit.

von den Steinen.

---

14) **Spontanfracturen bei Tabes** von Prof. Dr. Paul Bruns (Tübingen). (Berliner klin. Wochenschr. 1882. 13. März.)

B. hat 30 Fälle aus der Litteratur der letzten Jahre zusammengestellt, in denen bei notorischer Tabes Spontanfracturen beobachtet wurden. Die grosse Mehrzahl der Fälle in dieser Casuistik zeigt den Sitz der Fractur in den unteren Extremitäten, namentlich im Oberschenkel, in den meisten Fällen ereigneten sich mehrfache (2—3—6) Fracturen nach einander. Fast in allen Fällen war der Verlauf der Fracturheilung ein durchaus normaler, hier und da selbst auffallend schneller, wiederholt wurde reiche Callusbildung beobachtet. B. hält mit Charcot die Brüchigkeit der Knochen für eine trophische Störung und glaubt in den chemischen Untersuchungen solcher Knochen von Reynard (unorganische Bestandtheile machten nur 24 % (statt 66 %), die organischen dagegen 76 % (statt 33 %) des Gewichtes aus; die Phosphate um 40 % (10 % statt 50 %) vermindert, während der Fettgehalt, der 37 % des Gewichts be-

Digitized by Google

trug, enorm vermehrt war: Also Rarefaction der compacten Substanz und Anfüllung der erweiterten Markräume mit Fett) den Ausdruck dafür zu finden.

Nachdem B. noch eine Zusammenstellung der Casuistik der neurotischen Form der Knochenbrüchigkeit bei der progr. Paralyse der Irren und der Arthropathieen der Tabetiker gegeben, referirt er kurz über einen selbstbeobachteten Fall von Knochenbrüchen bei Tabes.

Die 57 Jahre alte Patientin war seit 20 Jahren an Tabes erkrankt, und brach jüngst beide Vorderarmknochen rechts, ohne jede bekannte Veranlassung, 6 Wochen später erlitt sie beim Heben einer Schüssel eine Fractur des linken Vorderarms.

Die Heilung, die mit ziemlich voluminösem Callus erfolgte, dauerte rechts 10, links 6 Wochen. M.

---

15) **De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique** par Prof. Alfred Fournier. (Ann. de Dermatologie et de Syphiligraphie. 1882. Jan. et Févr.)

Verf. geht die Reihe der Einwürfe, die man der Annahme einer syphilitischen Tabes gegenüber gemacht hat, durch und weist sie zurück. Wir heben daraus nur Folgendes hervor, da die betreffende Frage in No. 4 und 6 dieses Centralblattes ausführlich schon behandelt ist. In 103 Fällen von ausgesprochener Tabes eigener Beobachtung hat F. 94mal syphilitische Antecedentien gefunden, d. h. in 91,26%. Vulpian giebt an, dass, seitdem er auf die Beziehungen von Syphilis und Tabes aufmerksam geworden, er nicht einen einzigen Fall ohne syphilitische Antecedentien gefunden hätte. Von 85 Tabetikern F.'s war die Syphilis in 81 Fällen länger als 4 Jahre, in 3 Fällen nur 3 Jahre vorausgegangen, in 1 Fall war die Tabes in dem letzten Monat des 2. Jahres nach der Syphilis aufgetreten.

F. sah bei mehreren Kranken im Verlauf der Tabes anderweitige deutliche syphilitische Affectionen sich entwickeln, wie Exostosen des Femur, der Tibia, serpiginöses Syphilid der Kopfhaut, Gumma am Fusse, Necrosis und Exostosis syphilitica.

Für F. ist es unbestreitbar, dass es eine Tabes syphilitischen Ursprungs giebt und dass in der grossen Mehrzahl der Fälle dieses ätiologische Moment wirksam ist. „Die Tabes ist in fast allen Fällen eine Folge vernachlässigter, bei ihrem Entstehen ungenügend behandelter Syphilis."

Die therapeutischen Maassnahmen für die Tabes ergeben sich daraus von selbst, und wenn dieselben bisher meist unwirksam sich zeigten, so liegt dies daran, dass die Behandlung zu spät eintritt; nach der Angabe einer Reihe von Kranken von F. haben ihnen von allen angewandten Mitteln immer noch Quecksilber und Jod die grösste Erleichterung geschafft. M.

---

16) **On two cases of acute myelitis associated with optic neuritis** by Dreschfeld. (The Lancet. Jan. 7. 1882. Sep.-Abdr.)

Zu der bislang sehr dürftigen Casuistik der Combination acuter Spinalerkrankungen mit Neurit. optica bringt Verf. durch die anatomische Untersuchung belegte Beiträge.

1) Bei einer 38jährigen Frau entwickelt sich in 3 Wochen völlige Paraplegie der untern, Parese der obern Extremitäten ohne Störung der Sensibilität, Muskelernährung und electr. Erregbarkeit. Geringe Steigerung der Reflexe. Urinretention. Ausser passageren Kopfschmerzen keine cephalischen Symptome. Ophtalmoscop. in der 3. Woche: Neurit. optica duplex mit beiderseitiger Schwellung der Papillen bis zu 1 Mm. Breite — ohne Beeinträchtigung von S.

Unter Zunahme der Lähmung der Arme und Uebergreifen derselben auf das Zwerchfell, Bildung von Decubitus etc. erliegt Pat. einer lobulären Pneumonie — 10 Wochen nach Beginn ihres Nervenleidens.

P. M.: Hyperämie der Meningen und der Gehirnsubstanz, geringer Ventricular-

Digitized by Google

hydrops. Im Rückenmarke: Starke Füllung der Meningealgefässe. In der Cervicalanschwellung ein den ganzen Querschnitt durchsetzender $1^1/_2$" langer Erweichungsherd von „gelblicher Färbung." Seröser Erguss in die Sehnervenscheide. Mikroskop. Untersuchung durch äussere Gründe vereitelt.

2) Ein 41jähriger Schneider, mit vor Jahren geheilter Lues, erkrankte September 1880 mit Schwäche beider, besonders des linken Beines und so rasch fortschreitender Abnahme seiner Sehschärfe, dass ihm seine Beschäftigung unmöglich gemacht wurde. Die am 5. October 1880 constatirte doppelseitige Neurit. optica (Detailbefund?) ging so rapid in Atrophie, und die Parese der Beine so schnell in complete Lähmung über, dass Pat., der sich bei der ersten Untersuchung noch ganz gut führen und zu Fuss zum Arzte hatte gehen können, am 13. October schon völlig blind und paraplegisch in D.'s Beobachtung kam:

Beide Papillen atrophisch mit unregelmässig verschwommenen Contouren, engen Gefässen. —

Complete Paraplegie der Beine. Verlust der Schmerz- und Temperaturempfindung an den Beinen (Tastgefühl erhalten!), völlige Anästhesie des Rumpfes bis zur Höhe der 4. Rippe mit schmaler hyperästhetischer Grenzzone. Keine trophischen und electr. Anomalien. Arme durchaus frei. — Urinincontinenz, Blasencatarrh.

Keine ausgesprochenen psychischen Störungen; leichte nächtliche Delirien.

Trotz antiluetischer Behandlung verbreiteten sich Lähmung und Anästhesie stetig nach oben, die Sehnenreflexe verschwanden; auch die Athemmuskeln wurden ergriffen, es bildete sich Decubitus und Pat. starb comatös — nach 9—10wöchentlichem Bestand des Leidens.

P. M.: 2 getrennte myelitische Heerde im unteren Brust- und oberen Lendenmark mit wesentlich centraler Anordnung. Mikroskopisch eine Reihe von kleineren Heerden mit den histolog. Characteren der frischen Entzünduug im unteren Hals- und oberen Brustmark. Oberes Cervicalmark und Oblongata frei ausser der leichten aufsteigenden secundären Degeneration.

Gehirn durchaus intact. Das periphere Opticusende beiderseits bindegewebig entartet, reich an embryonalen Bindegewebszellen, frei von Hämorrhagie. Retina ebenso wie der ganze centrale Verlauf des Sehnerven, intact.

Ueber das Bindeglied zwischen Rückenmarksaffection und Opticuserkrankung, welche Verf. mit Gowers als coordinirte Effecte einer Ursache anzusehen geneigt ist, lässt sich auch aus diesen klinisch und anatomisch sichergestellen Fällen ein bindender Schluss nicht ableiten. Kast.

Psychiatrie.

17) Ueber den Einfluss fieberhafter Krankheiten auf Psychosen von Dr. Fritsch. (Sitz. Ber. des Wiener psych. Vereins. Jahrb. f. Psych. 3. Bd. Hft. 3. S. 234.)

F. theilt aus Meynert's Klinik zwei Fälle von Heilung durch Gesichtserysipel mit; den ersten klassificirt er als eine durch Alkoholeinfluss etwas getrübte Paralyse, den zweiten als eine auf hallucinatorischer Basis entwickelte Wahnsinnsform bei congenitaler Anlage. In der Besprechung des Modus solcher Heilungen legt F. das Hauptgewicht auf das Fieber. — Im Anschluss an dessen Vortrag berichtet Holler gleichfalls einen Fall von Heilung einer von ihm als Manie bezeichneten Psychose im Stadium der Abschuppung eines Erysipels. A. Pick.

18) Note sur les rapports de la paralysie générale et de l'hystérie par E. Régis. (Gazette médicale. 1882. No. 2—6.)

R. erzählt den Fall eines von einer neuropathischen Mutter stammenden Kranken von eigenthümlichem Charakter, der im 31. Jahre zuerst Sinnestäuschungen ängst-

Digitized by Google

licher Art hatte, die sich dann wiederholten, so dass er in höchste Erregung versetzt wurde, schliesslich einen Selbstmordversuch machte. Beim Eintritt in die Anstalt bot er Pupillenungleichheit, zögernde Sprache, Zittern im Facalisgebiete, Zunge und Händen dar, dabei eine mässige intellectuelle Schwäche und confuse, melancholise Ideen. Weiterhin traten Anfälle krampfhafter Bewegung und Haltung der Glieder unter heftigem Weinen und Klagen auf, an die sich ängstliche Gesichtshallucinationen anschlossen. Die Anfälle wiederholten sich häufig in kurzer Zeit, um nach längerer Pause wiederzukehren. Ausserdem ein schüchternes und verlegenes Wesen, das übrigens weiterhin nur noch bei Erregungen hervortrat. Im Verlaufe der Beobachtung lebhafte motorische Erregung mit zusammenhangslosen Grössenideen, jedoch nur während dreier Tage, dann wieder convulsivische Anfälle mit hochgradiger ängstlicher Aufregung und daran anschliessend ein Zustand von schwerer Verwirrtheit, Reissen und Schmieren, nach dessen Rückgang der Kranke „eigentlich keine intellectuelle Schwäche darbietet und sich aller Details seines Aufenthalts erinnert." Er stirbt fast 2 Jahre nach seiner Aufnahme an Typhus. Trotzdem R. bei der Autopsie eigentlich nur feine Ependymgranulationen findet und die Abweichung des übrigen Befundes von dem gewöhnlichen Bilde bei Paralyse hervorhebt, fasst er den Fall als eine Combination von Hysterie und Paralyse auf und sucht den abweichenden Verlauf der paralytischen Erscheinungen durch die Hysterie zu erklären. Er glaubt, dass die letztere wie andere Irrseinsformen eine „action d'arrêt" auf die Paralyse ausübe, einen chronischen remittirenden Verlauf bedinge, vielleicht auch zur Erklärung der grösseren Seltenheit der Paralyse beim weiblichen Geschlecht heranzuziehen sei. Moeli.

Therapie.

19) **Weiterer Beitrag zur Frage von den Erfolgen der Dehnung des N. facialis bei Tic convulsif** von M. Bernhardt. (D. med. Wochensch. 1882. No. 9. Sep.-Abdr.)

Eine in der Mitte der dreissiger stehende Frau litt seit 1878 an linksseitigem Facialiskrampf, der sich nach Anstrengung des linken Auges beim Zeichnen aus Zuckungen im orbicular. ocul. entwickelt hatte. Zweijährige elektrotherapeutische Behandlung hatte gar keinen Effekt. Ende August 1881 machte Dr. Hahn die Dehnung des N. facialis. 12. September bestand vollkommene Lähmung des linken Facialis mit Ausnahme des Ram. auricular. post., vollständiges Erloschensein der faradischen Erregbarkeit; später stellte sich deutlich galvanische Entartungsreaktion bei direkter Reizung der Muskeln heraus. Von Mitte Oktober an kehrte allmählich die Beweglichkeit zurück, die faradische Erregbarkeit sehr langsam. Nach $^1/_2$ Jahr ist die aktive Beweglichkeit gut, die farad. Erregbarkeit deutlich vorhanden, aber herabgesetzt; keine Spur der spontanen Zuckungen.

Aus der Zusammenstellung der bis jetzt bekannten 10 Fälle von Dehnung des Facialis bei Tic convulsif folgert B., dass die Resultate der genannten Operation sich gerade nach den späteren Fällen günstiger gestalten, als er in einer früheren Arbeit auf Grund von 5 Fällen erschlossen. Eisenlohr.

Forensische Psychiatrie.

20) **Der Aberglaube und die Zurechnungsfähigkeit** von Dr. Otto Schwartzer. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. Heft 3. S. 181.)

S. berichtet folgenden interessanten Fall: Der 45jähr. verheirathete Waldhüter war gegen Abend des Januar in angeheitertem Zustande zu seiner Geliebten, einer verheiratheten Frau, gekommen, hatte dann mit ihr im Dunkeln noch 2 oder 3 Ltr.

Digitized by Google

Wein getrunken; als er sich dann zu ihr in's Bett legte, fand er ihren Leib eiskalt, was in ihm den Gedanken erregt, es wäre nicht seine Geliebte, sondern ein Irrwisch, der nach dem Glauben des Landvolkes das Blut des Menschen aussaugt; als sie seine diesbezügliche Frage bejaht, feuert er sein Gewehr auf sie ab und verwundet sie tödtlich; sie kann noch aussagen, dass keinerlei Zwist oder dgl. zwischen ihnen Beiden vorgefallen. Der Thäter macht selbst die Anzeige. Das erstgerichtliche auf 2jährige Kerkerstrafe lautende Urtheil wird zweimal, zuletzt wegen eines ungenügenden ärztlichen Gutachtens cassirt und die Intervention des (ungarischen) Landessanitätsrathes angerufen. Dessen Gutachten geht in seinen Grundzügen dahin: Die Lehre vom Aberglauben fällt, im Ganzen genommen, mit der Lehre der Zwangsvorstellungen zusammen; wird der Aberglaube als solcher erkannt, besteht Zurechnungsfähigkeit; sobald das Individuum vom Aberglauben als Vorhandensein einer Thatsache überzeugt ist, hört die freie Selbstbestimmungsfähigkeit und mit ihr die Zurechnungsfähigkeit auf. Ferner wurden in Betracht gezogen, das Fehlen jeden Vorsatzes, die Selbstanzeige, sowie das reichliche Quantum von Wein und auf Grund dieser Anschauungen die freie Selbstbestimmungsfähigkeit ausgeschlossen. Ob dem von Seite des Gerichtes Raum gegeben, ist nicht mitgetheilt.

A. Pick.

III. Bibliographie.

Handbuch der Elektrotherapie von W. Erb. I. Hälfte. (Hdb. d. allg. Therapie herausgegeb. von v. Ziemssen. Leipzig, 1882. Bd. III.)

Ein wissenschaftliches Lehrbuch der Elektrotherapie kann wohl seit langer Zeit als ein dringendes Bedürfniss bezeichnet werden. Fehlen doch vielfach noch die Grundpfeiler für einen Ausbau des durch übertriebene Begeisterung Einzelner vielfach mit Voreingenommenheit beurtheilten Zweiges der Medizin. Gewiss ist desshalb die Ankündigung einer Elektrotherapie von Erb allseitig mit Freude begrüsst worden.

Von diesem Werk liegt uns die erste Hälfte vor. Dieselbe enthält in der Form von Vorlesungen in fünf Abschnitten den allgemeinen Theil der Elektrotherapie. Im ersten Abschnitt behandelt Erb die Geschichte der Elektrotherapie in kurzer die Hauptmomente der Entwickelung der jungen Wissenschaft umfassender Weise. Dann folgt die physikalische Einleitung, in welcher, nach kurzer Erwähnung der ja allseitig bekannten Batterien, die wichtigen Nebenapparate in ihrer Bedeutung erörtert und vor allem die so wichtigen Elektroden und Platten in Wort und Bild gezeichnet werden. (Es ist erstaunlich, wie viel trotz häufiger Hinweise noch mit den verschiedensten zum Theil unüberzogenen Kohlenknöpfen gesündigt wird. Ref.) An dieses Kapitel schliesst sich die Lehre von der elektromotorischen Kraft, dem Leitungswiderstand, der Stromdichtigkeit und der elektrolytischen und kataphorischen Wirkung des Stromes an.

In der physiologischen Einleitung bringt E. im Anschluss an die Ergebnisse der Physiologen am frei liegenden Nerven zunächst das Zuckungsgesetz des lebenden menschlichen Nerven und versucht dann in einer den Schülern E.'s schon seit langer Zeit bekannten Weise durch die Dichtigkeitsschwankungen unterhalb der Haut die noch mit dem Pflüger'schen Gesetz bestehenden Differenzen zu lösen. Dann folgt der Elektrotonus der menschlichen Nerven, die durch eigne Versuche allseitig erweiterte Elektrophysiologie der sensibeln und der Sinnesnerven, der sekretorischen und vasomotorischen Nerven, der Centralorgane sowie der übrigen Theile des Körpers.

Der vierte Abschnitt bringt die elektrischen Untersuchungsmethoden und die Elektrodiagnostik. Zuerst kommt hier naturgemäss die Untersuchung der motorischen Nerven und der Muskeln. Mit Recht betont der Verf. hier, dass bei allen Untersuchungen der Leitungswiderstand der Haut durch die Nadelablenkung be-

Digitized by Google

stimmt werden muss — eine Vorsichtsmassregel, die in der neurologischen Publicistik so vielfach verabsäumt worden ist. Unter den weiteren Erregbarkeitsbestimmungen für Auge, Ohr, Geschmack, Haut, sind vor allem die letzteren als neueren Datums zu erwähnen. Nachdem schon Leyden und Bernhardt Versuche zur elektrischen Prüfung der Hautsensibilität gemacht hatten, hat Erb die Frage schon vor längerer Zeit aufgenommen und seine Methode mit den Befunden bei einer Reihe von Patienten durch Drosdoff veröffentlichen lassen. Die jetzt zur Prüfung benutzte differente Elektrode ist gegen den früher benutzten einfachen Metallpinsel insofern wesentlich verbessert, als die einzelnen fein übersponnenen und gefirnissten Drähte an dem zur Hautprüfung zu verwendenden Ende abgeschliffen sind, wodurch jede mechanische Reizung ausgeschlossen ist.

Der Abschnitt über Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit der motorischen Nerven und der Muskeln bringt zunächst Erörterungen und Tabellen über das Vorkommen von gesteigerter Erregbarkeit bei Tetanie, bei einem Fall von Tabes in frühem Stadium, einem solchen von Commotio medullae spinalis, bei gewissen frischen peripheren Lähmungen, desgleichen über Verminderung der elektrischen Erregbarkeit bei peripheren Lähmungen, progressiver Muskelatrophie, Tabes, spastischer Spinalparalyse und bei jenen Fällen, welche im weiteren Verlauf mit Entartungsreaktion verbunden sind. Die letztere erfährt naturgemäss eine ausführliche Darstellung. Dass es sich bei dem Entstehen dieser um Aufhebung einer der trophischen Centren auf Nerv und Muskel handelt, wird von dem Verf. nochmals ausdrücklich betont. Dabei ist es irrelevant, ob diese Aufhebung durch Zerstörung oder Ausserfunktionssetzung der Centren selbst oder durch Lostrennung der peripheren Nerven und Muskeln von diesen erfolgt. Diese trophischen Einflüsse müssen nun entweder durch getrennte trophische Nerven zu den motorischen Nerven und Muskeln geleitet werden, oder dieselben sind, wie Ref. früher ausgeführt hat, gleichzeitig an die motorische Faser gebunden, so dass bei dem Vorkommen der Mittelform von Entartungsreaction die trophische Einwirkung zwar genügt, die Nervenfasern vor dem Untergang zu bewahren, nicht aber die normale Ernährung der Muskelfaser aufrecht zu erhalten. Betreffs des Verhaltens der Entartungsreaktion im Muskel hebt Erb gegenüber Vulpian nochmals das Ueberwiegen der trägen An S Z über die Ka S Z hervor, eine Thatsache, die in Deutschland wohl über allem Zweifel feststeht.

Aus dem hochinteressanten Capitel alle wichtigen Einzelheiten hervorzuheben, ist natürlich nicht möglich. Wir können dieselben nur dem eingehenden Studium empfehlen.

Es folgen sodann seltenere quantitative und qualitative Veränderungen der elektrischen Erregbarkeit, ferner Anomalien der sensibeln Nerven, der Optici und des Gehörorgans mit Ergebnissen eigner Untersuchung in den einzelnen Fällen illustrirt.

Der fünfte Abschnitt umfasst die allgemeine Therapie. Zweifellos sind ja unsere theoretischen Kenntnisse über die Wirkung der Elektricität noch ausserordentlich gering. Indessen liegt es doch nahe eine Reihe von Gesichtspunkten zur Erklärung heranzuziehen. Unter diesen erwähnt Verf. zunächst die auf physiologischer Basis erwachsene elektrotonische Theorie, in schärfster Weise durch den Gehörapparat zu illustriren, die Erregungstheorie, die Theorie der katalytischen Wirkungen. Die erregende reizende Wirkung des Stromes ist vor allem da am Platze, wo Leitungswiderstände in den sensibeln oder motorischen Nervenbahnen zu überwinden sind, wo durch Einwirkung auf die vasomotorischen und trophischen Nerven Veränderungen der Circulation und Verbesserung der Ernährung der betreffenden Theile angeregt werden soll, wo durch Muskelkontraktion eine Erhöhung der Funktion und ev. Restitution gewünscht wird.

Die katalytischen Wirkungen des Stromes, unter welchem die feineren elektrolytischen, die kataphorischen und einige andere elektrische Vorgänge zusammen

Digitized by Google

gefasst werden, sind vor allem von Remak für die Behandlung der Neuritis, Arthritis der verschiedensten Art, von Extravasaten in Anspruch genommen worden und ihre Existenz ist zweifellos, wenn auch genauere Kenntnisse der Vorgänge noch sehr erwünscht wären. Noch geringer sind unsere Kenntnisse von der indirekten Katalyse Remak's, auf welcher vor allem die sogenannte Sympathikusgalvanisation am Halse beruht. Aber wenn auch die experimentelle Physiologie bisher nur zweifelhafte Resultate ergeben hat, die praktische Behandlung hat auf diesem Wege entschiedene Resultate zu verzeichnen, hauptsächlich wohl desshalb, weil von der Gegend des Halssympathikus aus sich Rückenmark, ein Theil des Gehirns und die verschiedensten Nerven des Halses trefflich durchströmen lassen. Dann folgen die in neuerer Zeit auf Grundlage physiologischer Untersuchungeu von Nothnagel, Brown-Séquard und dem Ref. wieder häufiger benutzten reflektorischen Wirkungen. Dass indessen zur therapeutischen Verwerthung der Elektricität noch viel zu leisten, dass vielfach noch auf empirischem Wege eine Weiterentwickelung anzubahnen ist, darin werden Alle mit dem Verf. übereinstimmen.

In der Methodik der therapeutischen Applicationen bespricht dann der Verf. die polare und die Richtungsmethode. Dass er auf Grund der physiologischen und pathologischen Erfahrungen insbesondere der polaren Erscheinungen am Acusticus und an Druckschmerzpunkten sich auf die Seite Brenner's stellt gegenüber der unsichern Richtungsmethode ist wohl selbstverständlich. Immerhin muss aber in vielen Fällen die wirksame Methode und der betreffende Pol gefunden werden.

Dann folgt die allgemeine Faradisation und Galvanisation von Beard und Rockwell, die Behandlung mit schwachen aber sehr lange kontinuirlich einwirkenden galvanischen Strömen, bei deren Application durch die Pile Trouvé auch Ref. einzelne günstige Erfolge sah.

Unter den folgenden Grundsätzen für die Behandlung ist vor allem die Behandlung in loco morbi zu erwähnen, ein Erforderniss, gegen welches in der Praxis noch häufig gefehlt wird. Daran schliesst sich ein Abriss der lokalen Faradisation der Nerven und Muskeln mit klaren Abbildungen der motorischen Punkte, von Kopf, Hals und Extremitäten. Mit einigen praktischen Regeln über Stromstärke, Dauer der Sitzungen, Gesammtdauer und Ausführung der Behandlung schliesst der erste Theil.

Ausstattung und Druck sind recht gut.

Hoffentlich werden wir durch die zweite Hälfte, die specielle Elektrotherapie, recht bald erfreut.

Rumpf.

IV. Personalien.

Ernannt: Privatdocent Dr. Martin Bernhardt (Berlin) zum ausserordentlichen Professor.

Bei der militär-medicinischen Akademie zu Petersburg haben sich als Privatdocenten habilitirt: Dr. Tschetschot und Dr. Ssikorski.

Druckfehlerberichtigung:

Seite 189 Zeile 9 von unten lies „300“ statt „900“.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. Mai. No. 10.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen von Dr. **Schäfer.** (Fortsetzung.)

II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Weitere Mittheilung über den Einfluss einseitiger Bulbuszerstörung auf die Entwickelung der Hirnhemisphären von Prof. **Fürstner.** — 2. Hemmung spontaner Stromesschwankungen an dem verlängerten Marke des Frosches. Vorläufige Mittheilung von **J. Setschenow.** — Pathologische Anatomie. 3. Ueber secundäre Degeneration im verlängerten Mark und Rückenmark von Dr. **Homén.** — 4. Ueber das Verhalten der Spinalwurzeln und Spinalganglien der Halsnerven in einem Falle von Perobrachie von Dr. **Leo Davida.** — 5. Ueber Verkalkung der Ganglienzellen von Dr. **C. Friedländer.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Paralysis agitans von Prof. Dr. **O. Berger.** — 7. Ueber eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst von Prof. **C. Westphal.** — Psychiatrie. 8. Délire aigu paralytique par **M. Foville.** — 9. Paralysie générale à double forme par **M. Lafitte.** — 10. Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général par **M. Dagonet.** — Therapie. 11. Elektrische Bäder von **P. J. Ischewsky.** — 12. Untersuchung über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie von **Peter Albertoni.** — Forensische Psychiatrie. 13. Reasoning Mania: its medical and medico-legal relations of Charles J. Guiteau by **William A. Hammond.** The case of Guiteau — a psychological study by **George M. Beard.** Lucilio Vanini: A biographical and psychological study by the Marchioness **Clara Lanza.** — 14. Gerichtsärztlicher Bericht über den Geisteszustand des Dely Mehemed von Dr. **L. Mongeri.** — 15. The Case of Guiteau von **J. G. Kiernau.** — Anstaltswesen. 16. Aerztlicher Jahresbericht über die Irrenanstalt Göttingen für 1879 und 1880. — 17. Bericht über die westpreussische Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz 1880/81 von Dir. Dr. **Wendt.**

III. **Aus den Gesellschaften.** Aus der Harveian Society. Aus der Société anatomique. Aus der Société de Biologie. Aus der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. Aus der Pathological Society of London. Aus der London medical society. Aus der Société de Biologie.

IV. **Bibliographie.**

V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Ein Fall von circulärer Geistesstörung.

Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen.

Von Dr. **Schäfer,** früher Arzt der Heilanstalt zu Pankow.

(Fortsetzung.)

Bezüglich des psychischen Verhaltens erscheint bemerkenswerth, dass in der Melancholie Wahnvorstellungen vorhanden sind, von denen, wie erwähnt, während des maniakalischen Stadiums keine Rede ist. Ein ähnliches Verhalten hat MEYNERT[2] beobachtet, während L. MEYER in seinen Fällen das Vorhanden-

[2] EMMERICH, l. c.

Digitized by Google

sein der Wahnvorstellungen in der Melancholie nicht mit Sicherheit feststellen konnte, dagegen in der Manie die Abwesenheit von Wahnvorstellungen und Hallucinationen für eine nur scheinbare erklärt. Der Kranke selbst schreibt darüber: „Ich bekomme Furcht vor jedem Geräusch, dessen Ursache ich nicht kenne; dann habe ich fortwährend Angst vor der Polizei; ich glaube, ich hätte irgend etwas verbrochen und wundere mich, dass man mich noch immer frei umherlaufen lässt. Deshalb auch immer das ungemüthliche Gefühl im Genick, weil ich vor dem Köpfen Angst habe."

Wie die Urinsecretion spärlich, so war auch der Stuhlgang äusserst träge und nur schwer durch Medicamente zu erzielen. Der Schlaf war meist gut, nur selten unterbrochen. —

Wir kommen nunmehr zu dem Verhalten des Körpergewichtes. Bekanntlich hat Meyer dasselbe während des maniakalischen Stadiums unter den differentialdiagnostischen Momenten gegenüber der einfachen Manie in den Vordergrund gestellt, ja es zur Erklärung des Wesens der cyclischen Seelenstörung herangezogen. Meyer fand, dass im maniakalischen Stadium der Folie circulaire eine bedeutende Zunahme des Körpergewichtes statt hatte, welche im schneidenden Gegensatze stände zu der Abnahme des Körpergewichtes bei der reinen Manie und hat mit Rücksicht darauf die cyclische Seelenstörung als eine Trophoneurose charakterisiren zu müssen geglaubt. Indessen erhoben sich alsbald gegen diese Auffassung erhebliche Bedenken: die Meyer'sche Theorie wurde erschüttert durch den Nachweis Dittmar's, dass in einer Reihe von Fällen das Verhältniss sich in der Weise umkehrte, dass in der Manie eine Abnahme des Körpergewichtes eintritt und in die Melancholie eine Zunahme desselben fällt. Fügen wir noch hinzu, dass auch unter den Fällen reiner Manie einzelne beobachtet sind, in denen das Körpergewicht zunahm — so berichtet Mendel[1] von 2 Fällen, in denen während der Erregung das Körpergewicht um $10^1/_2$ resp. 11 Kilo in die Höhe ging — so verliert die Hypothese von der tropheneurotischen Natur der cyclischen Psychose ihren Halt.[2] Meyer fügt am Ende seiner Arbeit hinzu: „Die Circulationsvorgänge zeigen nicht die gleichen Gegensätze (NB. wie die Ernährungsvorgänge); Herzschlag und Puls, welche sich während der Intermission wesentlich gehoben hatten, sinken mit dem Beginn der Manie wieder zurück und sind, wenn auch nicht in gleichem Grade, wie während des melancholischen Anfalls schwach und klein und, wie bei den meisten maniakalischen, frequent. Es ist dies immerhin bemerkenswerth, da die

[1] Die Manie. S. 137.

[2] Für unsern Fall stellt sich das Verhalten des Körpergewichtes wie in den Meyer'schen Fällen. So nahm der Kranke in der 6wöchentlichen Melancholie 5 Kilo ab, um in den nächsten 8 Tagen wiederum 3 Kilo zuzunehmen und in der folgenden Woche eine neue Zunahme von $1^1/_2$ Kilo aufzuweisen. Die Gewichtstabelle ist folgende:

17. Januar . . 54 Kilo.	4. April . . . 63·5 Kilo.	6. Juni . . . 63·0 Kilo.
14. Februar . . 64 „	9. Mai . . . 58·5 „	13. „ . . . 66·0 „
21. „ . . 65·0 „	16. „ . . . 61·5 „	20. „ . . . 67·5 „
7. März . . . 64·5 „	23. „ . . . 63·0 „	27. „ . . . 69·0 „
14. „ . . . 67·5 „	30. „ . . . 63.0 „	8. Juli . . . 68·0 „
28. „ . . . 65·0 „		

Digitized by Google

wesentlich gleichen Erscheinungen der Circulation in den beiden Anfällen den Versuch, die trophischen Veränderungen aus vasomotorischen Einflüssen zu erklären, von vornherein erschweren."

Gegenüber der Annahme MEYER's, dass in beiden Stadien des Anfalls die wesentlich gleichen Erscheinungen von Seiten der Circulation vorliegen, hat MEYNERT eine andere Hypothese über das Wesen der circulären Psychose aufgestellt, welche sich ausschliesslich auf das verschiedene Verhalten der Gefässe resp. des vasomotorischen Centrums stützt. MEYNERT supponirt eine erhöhte Reizbarkeit resp. Erschöpfbarkeit des vasomotorischen Centrums. Die erhöhte Reizbarkeit bringe es leicht zu einer verstärkten Contraction des gesammten Arteriengebietes, damit zu allgemeiner Anaemie; die Anaemie des Hirns aber sei die physiologische Grundlage des melancholischen Stadiums. Die leichte Erschöpfbarkeit dagegen bedinge eine Lähmung des vasomotorischen Centrums, Arteriendilatation, Hyperamie sämmtlicher Organe; die Hyperaemie des Gehirns aber sei die physiologische Grundlage für das maniakalische Stadium. Auch den Wechsel von Manie und Melancholie erklärt MEYNERT mit seiner Hypothese. Sei das gesammte Arteriengebiet im Stadium energischer Contraction, so sei auch das vasomotorische Centrum in diese allgemeine Anaemie mit einbegriffen. Unter dem Mangel des Nährmaterials leidet, wie die gesammte Hirnthätigkeit, so auch diejenige des vasomotorischen Centrums, es geräth in einen Zustand verminderter Funktionsfähigkeit oder Lähumng und dieser setze die Arterienthätigkeit herab oder hebe sie vollständig auf. Damit ist allgemeine Dilatation der Arterien und Plethora verbunden, durch welche die Funktion des Gehirns restituirt, event. bei längerem Bestande zu erhöhter Leistungsfähigkeit angeregt wird. Je nach der Schnelligkeit, mit welcher sich dieser Vorgang vollzieht, werden wir ein Stadium normaler Thätigkeit — Intermissionsstadium — erhalten oder nicht, und darauf wird als Ausdruck der erhöhten Hirnthätigkeit die Manie erscheinen. Diese selbst wird bei dem erhöhten Blutzuflusse zum vasomotorischen Centrum die Ursache erhöhter Reizbarkeit und diese wiederum hat Arteriencontraction — Intermissionstadium (?), Melancholie — im Gefolge. So birgt die Melancholie den Keim für die folgende Manie, diese den Keim für die folgende Melancholie in sich.

Wie ersichtlich, erklärt die Hypothese MEYNERT's die Thatsachen in sehr gefälliger Weise. Es erübrigt nur der klinische Nachweis, dass auch wirklich die Melancholie mit erhöhter, die Manie mit verminderter Thätigkeit des vasomotorischen Centrums zusammenfällt, d. h. dass in der Melancholie und Manie entgegengesetzte Spannungszustände der Arterien vorhanden sind. — Für unseren Fall nun glaube ich, diesen Nachweis vermittels sphygmographischer Untersuchungen führen zu können.

Bevor ich das Resultat derselben mittheile, sei mir nur noch die Bemerkung gestattet, dass ich sie unternommen habe, bevor ich von der MEYNERT'schen Hypothese Kenntniss hatte und dass ich auf Grund derselben zu einer ähnlichen Anschauung von dem Wesen der Psychose gekommen bin und nicht wenig überrascht und erfreut war, als ich bei der Lektüre des EMMERICH'schen Aufsatzes eine Uebereinstimmung mit MEYNERT entdeckte.

Digitized by Google

Es war zunächst die Pulsfrequenz, welche die Aufmerksamkeit auf sich zog und die nächste Veranlassung zur Vornahme der sphygmographischen Untersuchungen bot. In der Melancholie begegneten wir einer Frequenz von 60—68 Schlägen; häufig ging sie aber auf 56 herunter und in einzelnen Fällen war nur eine Frequenz von 52 vorhanden. In der Manie dagegen hielt sich der Puls meist um 100, stieg nicht selten bis 120, ja 128 in die Höhe. — Die Qualität des jeweiligen Pulses, wie sie sich dem tastenden Finger ergab, unterlasse ich zu beschreiben, weil die Curve ein weit anschaulicheres Bild von seinem Verhalten darbietet.

Bekanntlich unterscheidet man an der Pulscurve einen aufsteigenden und einen abfallenden Schenkel[2]. Ersterer stellt für gewöhnlich eine gerad aufsteigende, ununterbrochene Linie dar. Das Characteristicum des Pulses liegt in dem absteigenden Schenkel, welcher am normalen Pulse ungefähr in der Mitte seines schrägen Abfalles eine stärkere, und vor und hinter dieser eine oder mehrere schwächere Elevationen zeigt. Die erstgenannte stärkere Elevation rührt nach Landois von dem Rückstoss einer positiven Welle von den Semilunarklappen der Aorta, die letzteren von den Elasticitätsschwingungen der Arterienwand her. Je nach der Anzahl der Elevationen spricht man von einem katatricroten, — quatrikroten Pulse u. s. w. Bei diesem Pulse befindet sich die Arterie in dem Zustande normaler, mittlerer Spannung.

Von denjenigen Veränderungen abgesehen, welche durch Herzfehler herbeigeführt werden, entstehen nun die wesentlichen Pulsveränderungen durch Ab- resp. Zunahme der Arterienspannung. Nimmt der Spannungsgrad der Arterien ab, so werden die Elasticitätselevationen mehr und mehr verschwinden, da gerade sie der Ausdruck für den ersteren sind, während die Rückstosselevation mehr und mehr in den Vordergrund tritt. Dabei sinkt ihre Lage mehr und mehr von der Mitte des absteigenden Schenkels nach der Curvenbasis zu oder sinkt sogar unter dieselbe herab. Es entsteht so der dicrote Puls, welcher je nachdem der Beginn der Rückstosselevation noch über der Curvenbasis eintritt, oder erst unterhalb derselben, in die Unterarten des unterdicroten, resp. überdicroten Pulses zerfällt. Die weiteren Grade der Arterienentspannung interessiren uns hier nicht. — Nimmt dagegen die Arterienspannung zu, so wird die Rückstosselevation fortschreitend niedriger und weniger markirt, die Elasticitätselevationen dagegen rücken am Curvenschenkel in die Höhe, werden deutlicher und unter Umständen zahlreicher. Ist die Arterie aber auf's Höchste gespannt, so kann ihre Elasticität gleich derjenigen eines starren, unnachgiebigen Rohres, d. h. gleich Null werden und damit werden auch die Elasticitätselevationen verschwinden und es entsteht ein Pulsbild, wie es bei aus anderen Ursachen z. B. atheromatöser Degeneration starr gewordener Arterienwand sich einstellt, es entwickelt sich der Pulsus tardus oder, bei gewölbtem Curvengipfel, der Pulsus rotundo-tardus.

---

[1] Riegel, Ueber d. Bedeutg. der Pulsuntersuchung in Volkmann's Sammlg. klin. Vorträge.

Digitized by Google

Dies vorausgeschickt, lasse ich nunmehr zwei Pulse folgen, wie sie an unserem Kranken vermittels des Pansphygmographen aufgenommen worden sind:

Fig. 1.

29. März: Puls 96.

Fig 2.

27. April: Puls 52.

Die Pulsbilder sind nach dem Vorangegangenen ohne Weiteres verständlich. — In Figur 1 haben wir einen abnorm entspannten Puls vor uns, dessen absteigender Schenkel fast bis zur Curvenbasis ohne Unterbrechung herabfällt, um dann eine erhebliche Rückstosselevation zu erfahren, welcher nur an einzelnen Stellen eine minimal angedeutete Elasticitätselevation (bei e) vorangeht. In Fig. 2 dagegen haben wir einen kaum halb so hohen Puls, dessen Descensionslinie unmittelbar unter dem Curvengipfel zwei deutliche Elasticitätsschwingungen macht, um dann nach einer spurenhaft angedeuteten Rückstosselevation (bei r, r) sanft abfallend in die nächste Ascension überzugehen.

Fig. 1 stammt aus einer maniakalischen, Fig. 2 aus einer melancholischen Periode; — ersterer ein hochgradig entspannter, fast dicroter, letzterer ein hochgradig gespannter Puls. Die Pulsspannung während der Melancholie geht in einzelnen Curven so weit, dass wir geradezu einen Pulsus rotundo-tardus vorfinden, wie Fig. 3 zeigt.

Fig. 3.

7. April: Puls 64.

Ich möchte hier gleich einem Einwande begegnen, welcher sich bei Betrachtung der Pulsbilder unmittelbar aufdrängt. Wie bekannt, finden sich die höheren und höchsten Grade der Pulsentspannung in fieberhaften Zuständen, proportional der Höhe des Fiebers, die hohen Grade der Pulsspannung dagegen häufig bei subnormalen Temperaturen (Riegel, l. c.). Es lag die Möglichkeit vor, dass wir in den verschiedenen Pulsbildern den Ausdruck einmal der febrilen, das andere Mal der subnormalen Temperatur hatten, ohne dass etwa ein innerer Zusammenhang mit der Psychose selbst vorgelegen hätte. Es sind zu diesem Zwecke während eines Anfalles vergleichende Messungen im After angestellt worden. Dieselben ergaben, dass die Temperatur in der Manie 37·5 bis 37·6 war, in der Melancholie zwischen 37·0—37·4 schwankte, Unterschiede, welche sicher nicht die enormen Differenzen der Gefässspannung entfernt zu erklären vermochten.

Digitized by Google

Die Entspannung in der Manie, die erhöhte Spannung in der Melancholie hat sich mit einer ausserordentlichen Constanz wiederholt. Ich habe an dem Kranken weit über 100 Pulsuntersuchungen angestellt und stets das gleiche Verhältniss zwischen psychischem Zustande und Pulsspannung wiedergefunden, so dass ich von dem ursächlichen Zusammenhange beider überzeugt war.

Krafft-Ebing[1] macht gegen die Hypothese Meynert's den Einwand, dass die Qualitäten des Krampf- und Lähmungspulses nicht vollständig den melancholischen und maniakalischen Zustandsbildern entsprächen und glaubt daraufhin, dass die Mitbetheiligung der vasomotorischen Centren am Krankheitsbilde mehr den Charakter coordinirter, als den ursächlicher Momente trage. Für unseren Fall trifft dieses Bedenken sicher nicht zu: es ist mir nicht ein einziges Mal passirt, dass ich einen gespannten Puls in der Manie, einen entspannten in der Melancholie vorgefunden hätte.

Ich muss jedoch eine Einschränkung machen; auch die eben aufgestellte Regel hatte ihre — allerdings nur scheinbare — Ausnahme, welche sicherlich nicht weniger interessant ist, als die erwähnte Coincidenz. Nach der dargestellten Anschauung von dem Wesen der circulären Psychose müssen wir annehmen, dass in der Zeit, in welcher z. B. die Melancholie im Abklingen begriffen ist und die Manie sich vorbereitet, eine Aenderung des Pulsverhaltens sich vorfindet. Wir müssen aber auch erwarten, dass diese Aenderung des Pulses der Metamorphose des psychischen Verhaltens einige Zeit vorangeht, da jene das ursächliche Moment für diese abgiebt und können demnach voraussehen, dass gegen Ende der Melancholie sich eine Entspannung des Pulses einstellt, ohne dass der Kranke vorerst seinen melancholischen Habitus aufgiebt. Wir hätten in dieser Zeit fortdauernde Melancholie bei entspanntem Pulse, eine Ausnahme von der aufgestellten Regel, die weit entfernt die letztere aufzuheben, vielmehr sehr wohl als eine Consequenz und Bestätigung derselben zu erscheinen geeignet ist. Thatsächlich ist es mir gelungen, einen solchen Puls, welcher anscheinend nicht zu dem Systeme passte, aufzunehmen. Ich habe mich durch die angeführte Ueberlegung zu der Voraussage bestimmen lassen, dass das Ende des melancholischen Stadiums unmittelbar bevorstünde. Die weitere Beobachtung hat gelehrt, dass ich mich in meiner Prognose nicht geirrt hatte: es waren noch nicht 24 Stunden nach der Aufnahme des Pulses vergangen, und aus dem Melancholicus war ein Maniacus geworden. Es ist dies der Puls vom 23. März, den ich des Interesses halber folgen lasse.

Fig. 4.[2]

Puls 92.

[1] Lehrbuch d. Psychiatrie auf klin. Grundlage. Bd. II. S. 123.

[2] Es wird nicht übersehen werden, dass auch die Frequenz des Pulses eine sehr wesentlich andere geworden war.

Digitized by Google

Es dürfte auffallen, dass ich mich bei der letzten Angabe auf einen Puls beschränke. Ich muss allerdings gestehen, dass es mir nicht häufiger gelungen ist, dieses interessanten Pulses habhaft zu werden und ich muss es wohl als besonders glücklichen Zufall betrachten, dass ich ihn überhaupt einmal antraf. Es ging nämlich die Veränderung des Pulses so ungemein rasch vor sich, dass es, wie gesagt, nur am Zufalle lag, ob ich einen solchen Puls fand oder nicht. Man kann sich eine ungefähre Vorstellung von der Schnelligkeit der Pulsmetamorphose machen, wenn man die beiden Curven vom 3. April mit einander vergleicht. Die eine, Fig. 5, ist des Morgens gegen 10 Uhr, bei dem sehr munteren, noch keine Spur einer melancholischen Anwandlung verrathenden Patienten, die andere, Fig. 6, gegen 7 Uhr Nachts desselben Tages aufgenommen, nachdem er sich bereits tief deprimirt zu Bette gelegt hatte.

Fig. 5.

Puls 108.

Fig. 6.

Puls 72.

Eine fernere Bestätigung für die Richtigkeit der Anschauung von der Relation der Pulsbeschaffenheit und des jeweiligen psychischen Zustandes lieferten diejenigen Zeiten, in denen sich das bestehende psychische Bild als unrein erwies, die Tage einer gewissen depressiven Stimmung im Verlaufe der Manie.[2] Ich lasse die Curve eines solchen Tages folgen:

Fig. 7.[3]

10. März: Puls 86.

Wir sehen hier eine Elasticitätselevation nahe am Curvengipfel, darauf einen Abfall bis nahe an die Curvenbasis und endlich eine Rückstosselevation von mässiger Höhe; ein Puls, der weder die Eigenthümlichkeiten des maniakalischen Stadiums, noch diejenigen des melancholischen besass, aber auch nicht normal

[1] Der umgekehrte Fall ist, wie in der Krankengeschichte angegeben, nur einmal aufgetreten und war so kurz, dass eine Untersuchung nicht vorgenommen werden konnte.

[2] Auch die Pulsfrequenz ist zu solchen Zeiten niedriger, als in dem übrigen Theile der Manie.

Digitized by Google

zu nennen ist, unclassificirbar und unrein, wie — das psychische Verhalten des Kranken.

Bezüglich der verschiedenen Tageszeiten möchte ich noch bemerken, dass der Puls sich in der Melancholie des Morgens häufig um ein Geringes weniger gespannt zeigte, als des Abends. Ich bemerke dies deswegen, weil ich in der Emmerich'schen Arbeit (l. c.) die Angabe finde, dass während der Melancholie die Temperatur des Abends häufig beträchtlich niedriger war als des Morgens. Es betrug die Morgentemperatur 37 °, die Abendtemperatur 36 °; später sank sie des Morgens auf 36 °, Abends auf 35 °, ein Verhalten, welches dem Temperaturgange des normalen Menschen während des Tages widerspricht, da dieser die höchste Temperatur im Laufe von 24 Stunden am Abende aufweist. Da nun nicht anzunehmen ist, dass der Puls sich bei unserm Kranken gewissen Temperaturschwankungen nicht auch innerhalb gewisser Grenzen accomodirt haben sollte, so könnte aus obiger Angabe über das Verhalten des Pulses am Morgen und Abend im Verein mit der erfahrungsmässigen Thatsache, dass niedere Temperaturen erhöhte Gefässspannungen zur Folge haben, eine indirecte Bestätigung der Emmerich'schen Angabe hergeleitet werden. Leider sind meine Temperaturmessungen nur des Morgens und zu einer Zeit gemacht worden, in der ich füglich von den Emmerich'schen Angaben keine Kenntniss haben konnte, um diese durch directe Messungen controliren zu können.

Es interessirte nun ferner, nachdem das Verhalten der Radialis, an der die sphygmographischen Untersuchungen bisher vorgenommen worden waren, während der einzelnen Stadien festgestellt worden war, zu eruiren, ob denn auch in dem Arteriengebiete, welches für die psychischen Functionen allein von Wichtigkeit war, also in der Carotis, ähnliche Spannungsunterschiede zur Geltung kamen, und es wurden in Folge dessen während eines Anfalles vergleichende Carotiscurven aufgenommen. Das Resultat derselben veranschaulichen folgende Pulsbilder, von denen Fig. 8 der maniakalischen, Fig. 9 der melancholischen Periode entnommen ist.

Fig. 8.

Fig. 9.

Wir sehen also auch hier dieselben Spannungsdifferenzen, wie an der Radialis.

(Fortsetzung folgt.)

Digitized by Google

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Weitere Mittheilung über den Einfluss einseitiger Bulbuszerstörung auf die Entwickelung der Hirnhemisphären** von Prof. Fürstner. (Arch. f. Psych. XII. S. 611).

F. bestätigt seine frühere Mittheilung, dass nach Exstirpation des einen Bulbus nicht Atrophie der contralateralen Sehsphäre (Munk) eintrat, sondern auf der entgegengesetzten Seite derjenige Hemisphärenabschnitt kleiner erschien, der durch die erste und zweite Windung gebildet wird von der Spitze des Hinterlappens bis zur Uebergangsstelle der medianen (2.) Windung in den Gyrus postfrontalis; bei 15 Hunden, denen wenige Tage nach der Geburt das vordere Bulbusdrittel zerstört worden war und die 6—14 Monate am Leben erhalten wurden, fanden sich Atrophie des Opticus, geringere Atrophie des gekreuzten Tractus, geringe Verkleinerung des vorderen zugehörigen Vierhügels, niemals jedoch Atrophie der gekreuzten Sehsphäre noch auch die von Munk angegebene compensatorische stärkere Entwickelung des Schläfelappens; dagegen fand sich bei 10 dieser Hunde der oben beschriebene Hirnabschnitt an der der Läsion entgegengesetzten Seite kleiner, namentlich schmäler und zwar besonders in seiner vorderen Partie, in einem Falle betraf die Entwickelungshemmung die der Läsion entsprechende Seite, in 4 Fällen war keine Differenz nachzuweisen; die mikroskopische Untersuchung der Sehsphäre ergab gleichfalls keine Differenz.

Auf Grund dieser Thatsache schliesst sich T. der Anschauung Gudden's an, dass es mit dieser Methode nicht gelingt, makroskopisch einen Zusammenhang zwischen Rinde und Retina nachzuweisen; mit Rücksicht auf die von Gudden nach Enucleation nachgewiesene auch von F. constatirte Differenz der Oculomotoriuskerne, hebt er hervor, dass die Differenz der Hemisphären mehrfach am stärksten die Gegend der sog. Augenmuskelregion betraf, macht jedoch als Einwand auf den einen Fall mit gleichseitiger Verschmälerung aufmerksam. (Ueber den mikroskopischen Befund der schwächer entwickelten Abschnitte macht F. keine Angaben. Ref.) A. Pick.

---

2) **Hemmung spontaner Stromesschwankungen an dem verlängerten Marke des Frosches.** Vorläufige Mittheilung von J. Setschenow. (Centralbl. f. d. med. Wissensch. 1882. Nr. 11.)

Im Anschluss an seine bekannte ältere Arbeit untersuchte S. das Verhalten der spontanen Stromesschwankungen des verlängerten Markes gegen verschiedenartige Nervenreizungen. Leitet man von dem im Zusammenhang mit Med. spin. und obl. herauspräparirten Ischiadicus den Längsquerschnittsstrom ab und reizt, nachdem die spontanen Schwankungen eingetreten, den Nerv mit starken Inductionsströmen oder mit Kochsalz durch 2—3 Min., so werden die Schwankungen kleiner und seltener oder verschwinden ganz; hört die Reizung auf, so erscheinen sie sofort wieder und zwar verstärkt und in rascherer Folge als vorher. S. bezeichnet den Versuch als nie misslingend. Derselbe beweist, dass sowohl die Wirkung protrahirter Nervenreizung als auch die Herabsetzung der Motilität und Sensibilität nach heftiger sensibler Reizung Hemmungserscheinungen sind; ferner ergiebt sich daraus, „dass die Ladung der Nervencentra mit Energie auch während des Hemmungszustandes (wahrscheinlich sogar in verstärktem Maasse) fortdauert." A. Pick.

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

3) Ueber secundäre Degeneration im verlängerten Mark und Rückenmark von Dr. Homén. Aus dem Leichenhause des städt. Krankenhauses zu Berlin. (Virch. Arch. LXXXVIII, 1. S. 61—83 und Taf. I. Fig. 1. u. 2).

8 Fälle von secundärer Degeneration des verschiedensten Alters geben dem Verf. Gelegenheit, die histologischen Veränderungen des secundär degenerirten Gewebes in den verschiedenen Stadien zu studiren; ein Fall war dadurch besonders interessant, dass neben einander zwei Prozesse secundärer Degeneration bestanden, ausgehend von primären Herden, deren um mehre Jahre differirendes Alter klinisch festzustellen war.

Der jüngste Fall (sec. Degen. der Py.-Bahn schon 3 Wochen nach Hämorrhagie in die grossen Ganglien und Caps. int.) lehrt, dass die ersten degenerativen Veränderungen in dem Axencylinder, nicht in der Markscheide, erscheinen; derselbe differenzirt sich nicht deutlich, zerfällt körnig, nimmt die Carminfärbung nicht oder nur wenig an. Schon in diesem Stadium ist eine geringe Modification des Zwischengewebes — leichtere Tingirbarkeit und mässige Kernvermehrung — nachweisbar.

In den vorgerückteren Stadien überwiegt die Verdichtung des Zwischengewebes, während die Axencylinder schwinden, die Nervenfasern schmäler werden und schliesslich ganz zu Grunde gehen.

Sämmtlichen Sectionsbefunden sind die nöthigsten anamestischen und klinischen Daten vorangeschickt. — Die secundäre Degeneration ging aus von einem Erweichungsherd im Pons in 2 Fällen, von hämorrhagischer Zerstörung oder Erweichung der grossen Ganglien incl. Caps. int. in 4 Fällen von Erweichung im Hirnmantel und von Myelitis des Brustmarks je 1 mal. Die Bahnen der Degeneration weichen von den durch Flechsig festgestellten nicht wesentlich ab. Neu ist die Degeneration und Atrophie der Schleife im unteren Theil des Pons und ihre Fortsetzung in der Oblongata (Olivenzwischenschicht) neben Degeneration der Pyramide derselben Seite in einem Fall, wo ein Erweichungsherd im Pons die Py.-Bahnen und die Schleifenschicht umfasste. — Für die eigenthümliche Beobachtung, dass bei einem primären Herd im Hirnmantel nicht nur die gekreuzte, sondern auch die gleichnamige Py.-S.-Bahn, wenngleich in schwächerem Maasse degenerirt befunden wurde (Fall V) fehlt, wie auch für ähnliche Beobachtungen früherer Autoren, bisher eine genügende anatomische Erklärung.

Einmal wurde bei secundärer Degeneration eine unbedeutende Atrophie des Vorderhorns und eine geringe Degeneration der vorderen Wurzeln an der afficirten Seite gefunden, ohne nachweisbare Veränderung der Ganglienzellen des Vorderhorns. Die Verschmälerung des letzteren wird zurückgeführt auf Atrophie der in ihnen verlaufenden Fortsetzungen der Py.-Fasern. Tuczek.

---

4) Ueber das Verhalten der Spinalwurzeln und Spinalganglien der Halsnerven in einem Falle von Perobrachie von Dr. Leo Davida in Klausenburg. (Virch. Arch. LXXXVIII, 1. S. 99—104 und Taf. II, Fig. 3.)

Die Entwicklungshemmung der oberen Extremität — Perobrachie — bestand in rudimentärer Bildung des Unterarms und der Hand rechterseits bei einem 40jährigen Mann.

Am Halstheil des Rückenmarks liess sich makroskopisch weder eine Atrophie noch eine Asymmetrie nachweisen. Vom 6. Hals- bis zum 1. Dorsalnerven waren auf der kranken Seite die vorderen und hinteren Wurzeln um die Hälfte, die entsprechenden Spinalganglien bedeutend kleiner als auf der gesunden Seite, ferner die vorderen periferen Aeste der drei unteren Halsnerven, sowie derselbe Ast des ersten Dorsalnerven auf der kranken Seite beträchtlich verdünnt. Dass die verschmälerten Wurzeln nicht nur aus dünneren Wurzelfäden bestanden, sondern sich auch aus einer

Digitized by Google

geringeren Anzahl von Wurzelfäden zusammensetzten, betont D. als Hauptbeweismittel für die primäre Entwicklungshemmung der Nervencentren der Extremität gegenüber einer etwaigen Annahme secundärer Atrophie, vielleicht in Folge intrauteriner Amputation des Unterarms. Tuczek.

---

5) Ueber Verkalkung der Ganglienzellen von Dr. C. Friedländer. (Virch. Arch. LXXXVIII, 1. S. 84—91 u. Taf. I, Fig. 3.)

Bei 2 Fällen spinaler Kinderlähmung fand F. Verkalkung der Ganglienzellen in ausgedehnter Weise innerhalb der in bestimmter Ausdehnung degenerirten (in I sclerotischen, in II erweichten) Vorderhörner, in II bereits 4 Monate nach Beginn des Leidens bei dem erst 3 Monate alten Kinde; daneben Atrophie der vorderen Wurzeln. Der 3. Fall betrifft einen Erwachsenen, der acut mit Lähmung der Unterextremitäten erkrankt war, mit nachfolgender Atrophie der Musculatur und Schwund der elektrischen Erregbarkeit. Tod nach 6 Jahren an Phthise. Befund: Poliomyelitis anterior im Lendenmark und untersten Brustmark, völliger Schwund der Ganglienzellen in dem sclerotischen Gewebe bis auf reichliche verkalkte Ganglienzellen mit Ausläufern, Atrophie der entsprechenden vorderen Wurzeln und der Ichiadici, Degeneration der Musculatur der Unterextremitäten. Der 4. Fall betrifft eine den Virchow'schen Befunden analoge Beobachtung von Verkalkung der Ganglienzellen in der traumatisch erweichten Hirnrinde, nur dass der Eintritt des Trauma blos 13 Tage zurücklag. Verf. kommt zu dem Schluss, dass Verkalkung der Ganglienzellen eine directe Folge ihrer Nekrose ist und ganz constant bei der acuten Poliomyelitis vorkommt, der möglicherweise direkte Nekrose der Ganglienzelle durch ein infectiöses Agens zu Grunde liegt. Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

6) Paralysis agitans von Prof. Dr. O. Berger. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde.)

Ausser einer übersichtlichen Darstellung des bisher Bekannten, enthält der Aufsatz auch mehrfache Ergebnisse eigener Beobachtung, welche mitgetheilt zu werden verdienen. B. sah unter circa 6000 Nervenkranken 37 Fälle typischer Paralysis agitans. Von diesen betrafen 34 das Alter zwischen 40 und 70 Jahren. In einem Falle entwickelte sich die Krankheit bei einem 17jährigen Mädchen nach einem heftigen Schreck. Einmal begann das Leiden bei einem 25jährigen Barbier im Anschluss an einen Abdominaltyphus. — Im Gegensatz zu früheren Angaben fand B. relativ häufig bei den befallenen Individuen eine ausgesprochene erbliche neuropathische Disposition. B. kennt eine Familie, von welcher der Grossvater (väterlicherseits) und der Vater an intensiver Schüttellähmung zu Grunde gingen. Von den vier Kindern leiden zwei Söhne an unheilbarer Chorea mit Epilepsie, eine Tochter an Hystero-Epilepsie. Als direkte Ursachen der Paralysis agitans sind heftige Gemüthsbewegungen, refrigeratorische Schädlichkeiten und endlich auch traumatische Einwirkungen auf periphere Nerven zu nennen.

Was den Verlauf der Krankheit betrifft, so fand B. unter 29 eigenen Fällen den Ausgangspunkt des Zitterns 20mal in der rechten Hand, 6mal in der linken, 1mal in beiden gleichzeitig und 2mal im rechten Bein. Die Charcot'sche Angabe, dass der Kopf stets vom Zittern verschont bleibe, kann auch B. nicht bestätigen. In drei Fällen sah er deutliche klonische Contractionen der Nacken- und Halsmuskeln, und einige Mal auch geringes Zittern in den unteren Gesichts- und Kaumuskeln. (Auch Ref. hält die obige Angabe Charcot's durchaus nicht für allgemein gültig; er beobachtet u. A. jetzt einen typischen Fall von Paralysis agitans mit ziemlich intensivem Zittern der Kinnmuskeln und zuweilen auch der Kaumuskeln). — Bei

Digitized by Google

einer seit 14 Jahren bestehenden Schüttellähmung des rechten Arms beobachtete B. eine sehr deutliche Volumsvermehrung (Muskelhypertrophie?) des Oberarms. — Die bekannten Erscheinungen der Propulsion und Retropulsion hält B. für nicht allein abhängig von der Verlegung des Schwerpunktes bei den Paralysis-agitans-Kranken. Die Sensibilität war in allen Fällen vollständig intact. In zwei (zur Obduction gekommenen) Fällen kamen apoplectiforme Anfälle, ähnlich wie bei der multiplen Sclerose, vor, für welche keine anatomische Ursache aufgefunden werden konnte. Ueberhaupt war der Befund am Gehirn und Rückenmark, auch bei mikroskopischer Untersuchung, in drei zur Section gekommenen Fällen, völlig negativ. (Dasselbe negative Resultat hatte Ref. in zwei anatomisch untersuchten Fällen von vieljähriger Krankheitsdauer). — In therapeutischer Hinsicht bemerkt B., dass er in einigen zwanzig Fällen von der elektrischen Behandlung auch nicht ein einziges Mal einen nennenswerthen Erfolg gesehen hat. Dagegen schien in einem Falle die Dehnung des Plexus brachialis einen geringen therapeutischen Nutzen zu haben.

Strümpell.

---

7) **Ueber eine Fehlerquelle bei Untersuchung des Kniephänomens und über dieses selbst** von Prof. C. Westphal. (Arch. f. Psych. u. Nervenkr. Bd. XII. Heft. 3. S. 798.)

In zwei Fällen von Rückenmarkserkrankung (beide Male Lähmung aller vier Extremitäten, einmal mit dem Charakter der Poliomyelitis) schien das völlig verschwundene Kniephänomen im weiteren Krankheitsverlauf wiedergekehrt zu sein. Die genauere Untersuchung ergab indessen, dass dasselbe nur vorgetäuscht wurde, indem durch Druck einer Hautfalte über der Patellarsehne zunächst Contraction des Extensor quadriceps und dann erst anderer Muskeln hervorgerufen werden konnte, ebenso durch Druck oder Percussion von Hautfalten anderer Stellen, während Klopfen des Muskels selbst keine Contraction hervorbrachte. In dem ersten Falle trat die Erscheinung gleichzeitig mit dem Schwinden der Sensibilität ein; in dem zweiten war der verlangsamte Eintritt dieses „Pseudokniephänomens" auffällig. In einem dritten von Paraplegie in Folge von Spondylitis der unteren Brustwirbel konnte zeitweilig bei lebhaft vorhandenem Kniephänomen durch seitliches Klopfen auf eine über der Patella erhobene Hautfalte, ohne Berührung der Patellarsehne selbst, nach einem wahrnehmbaren Zeitintervall (etwa $^1/_2$ Sekunde) eine langsamer ablaufende Zuckung beobachtet werden, welche sich bei stärkerem Kneifen der Hautfalte zu einer Contraction der ganzen Oberschenkelmuskulatnr steigerte. Hier waren also nebeneinander das wirkliche und das Pseudokniephänomen vorhanden, welches demnach als unter pathologischen Verhältnissen auftretender, verzögerter und langsamer Hautreflex aufzufassen ist, ohne dass Entartungsreaction des Muskels vorhanden ist. Wenn daher über Wiederkehr des verschwundenen Kniephänomens berichtet werde, so sei künftig erst nachzuweisen, dass eine Täuschung durch derartige Hautreflexe ausgeschlossen sei, welcher Nachweis bei der mehrfach behaupteten Steigerung des Kniephänomens nach subcutanen Strychnininjectionen bisher versäumt sei. (Nach einer in den Archives de Neurologie, Vol. III. Nr. 8. Mars-Avril 1882. p. 244, referirten These von Thième hat auch Charcot bemerkt, dass die Percussion der Subpatellargegend einen Reflex des Triceps bewirken kann, ohne dass diese Reaction der mechanischen Reizung der Sehne zugeschrieben werden darf; die Streckung des Beines sei in einzelnen Fällen ein Hautreflex durch Reizung einer hyperästhetischen Stelle und unterscheide sich vom Sehnenreflex durch eine gewisse Verzögerung der Extensionsbewegung des Unterschenkels. Ref.)

Verf. hat ferner unter H. Munk's Beihülfe zur Entscheidung der streitigen Frage, ob die Sehnenphänomene (dieser Ausdruck wird als weniger präjudicirend gegenüber den Sehnenreflexen empfohlen) wirklich reflectorischer Natur seien oder nach

Digitized by Google

seiner ursprünglichen Ansicht als durch Erschütterung der gespannten Sehne unmittelbar veranlasste Contractionsphänomene des Muskels aufzufassen sind, Experimentaluntersuchungen an Hunden angestellt. Nachdem an denselben durch Durchschneidung der hintern Wurzeln der fünften, sechsten und siebenten Wurzel des einen Cruralis das Kniephänomen aufgehoben war, wurde versucht, dasselbe durch geringe Strychnindosen wieder darstellbar zu machen. Das Ergebniss dieser Versuche war negativ bis auf einen einzigen, in welchem es in der That gelang, nachdem nach der Operation des Kniephänomen auf der operirten Seite verschwunden war, nach subcutaner Strychnininjection (4 Mg.) dasselbe auch durch Percussion der von der Haut entblössten Sehne zu produciren; die Obduction ergab aber in diesem Falle, dass nicht die fünfte und sechste hintere Wurzel, sondern nur Wurzelfäden der fünften und vierten hinteren Wurzel durchschnitten waren. Es genügt also die Leitungsunterbrechung in wenigen hintern Wurzelfaden des N. cruralis das Kniephänomen unter normalen Verhältnissen zum Schwinden zu bringen, während es unter den pathologischen der Strychninvergiftung wieder erscheinen kann, woraus erhellt, ein wie ausserordenlich feines Reagens das Kniephänomen ist. Uebrigens lassen aber die Strychninversuche des Verf. die Frage der reflectorischen oder nicht reflectorischen Entstehung des Kniephänomens noch offen. Den zeitmessenden Versuchen, von denen die von Waller und Eulenburg (dieses Centralblatt Nr. 1 u. 2) auf Grund der geringen Latenzdauer der Reizung gegen eine reflectorische Genese sprechen, legt Verf. bei den widersprechenden Resultaten von Burckhardt, Tschirjew, Gowers kein grosses Gewicht bei. Prévost fand nach Durchschneidung des Lumbodorsalmarks und linksseitiger Durchschneidung der hintern Wurzeln des Lendentheils am Kaninchen, dass bei aufgehobenem Kniephänomen der linken Extremität durch Percussion ihrer Patellarsehne das gesteigerte Kniephänomen der rechten Seite auch dann noch hervorgerufen werden konnte, als sämmtliche Nerven der linken Extremität durchschnitten waren, wobei also von einer reflectorischen Wirkung keine Rede sein kann.

Nach der näher ausgeführten Ansicht des Verf. ist der Muskeltonus und ein gewisser Spannungsgrad des Muskels resp. seiner Sehne die wesentliche Bedingung für das Zustandekommen der Sehnenphänomene, während die klinischen Thatsachen nicht zur Annahme eines ausserdem hinzukommenden reflectorischen Vorgangs nöthigen, gegen welchen auch der vermisste Parallelismus der Hautreflexe mit den Sehnenphänomenen spricht. Wenn durch Durchschneidung der hinteren Wurzeln das Kniephänomen aufgehoben würde, so läge dies nicht an der Unterbrechung des Reflexbogens sondern an der Vernichtung des Tonus. E. Remak.

Psychiatrie.

8) **Délire aigu paralytique** par M. Foville. (Annales médico-psychologiques. 1882. Nr. 2. p. 227.)

Ein 36jähriger, stets reizbarer und jähzorniger Mann erkrankte nach einer während grosser Hitze unternommenen mehrtägigen Reise über Land und einem Excess in baccho unter den Erscheinungen paralytischen Grössenwahndeliriums, welches jedoch bald dem Bilde des acuten Delirium, mit excessiver Unruhe und allen sonstigen Symptomen dieses Leidens Platz machte. Behinderung der Sprache und Ataxie wurde nicht bemerkt.

Nach 12tägiger Dauer des Delirium acutum: Tod.

Die Section ergab: Opake Trübung der weichen Haut, milchige Streifung längs der Gefässe und grössere Ausdehnung milchiger Plaques über dem Zusammentreffen der Sulci; vereinzelte weisliche Knötchen auf den weichen Häuten, relativ geringe Blutfülle daselbst; Durchscheinen der auffällig bleichen Hirnsubstanz durch dieselben.

Auf beiden Vorderlappen, in geringerem Grade an vereinzelten Stellen der Schläfen-

Digitized by Google

lappen ist die Hirnrinde mit der Pia mater fest verwachsen und letztere nur mit Substanzverlust abzuziehen. Die äusserste Schicht der Hirnrinde bildete ein derbes Häutchen gegenüber der darunter liegenden erweichten und turgescirten Schicht.

Die weisse Substanz war erweicht, blutreich. Ueber den mikroskopischen Befund verlautet nichts. Jehn.

---

9) **Paralysie générale à double forme** par M. Lafitte. (Annales médico-psychologiques. 1882. Nr. 2. p. 227.)

Die Ueberschrift enthält schon den Inhalt. Es handelt sich um einen erblich belasteten, an ausgebildeter Paralyse leidenden Kranken, welcher in Folge einer mit mehrstündigem Verlust des Bewusstseins auftretenden „Hirncongestion" plötzlich aus dem blühendsten Grössenwahndelirium, welches schon $1^1/_2$ Jahr lang bestand, in eine tief melancholische Phase versetzt wurde, ohne dass an das erstere Stadium ein Anklang blieb, während die Erinnerung an dasselbe erhalten und von dem Patienten schmerzlich empfunden wurde.

Das melancholische Stadium dauerte circa drei Monate, dann trat eine auffällige körperliche wie geistige Besserung ein, die Lähmungserscheinungen verschwanden fast gänzlich; der Kranke zeigte leidliche Einsicht und wurde zurückgenommen, aber nur um nach zwei Monaten unter dem Bilde vorgeschrittenster paralytischer Demenz wieder in die Anstalt zurückgebracht zu werden; in diesem Zustand scheint er geblieben zu sein.

Ein Gegenstück zum vorstehenden Falle, in welchem die frühzeitige Entlassung des gebesserten Paralytikers den übelsten Erfolg hatte, bietet der folgende:

---

10) **Hémorrhagie cérébrale à foyers multiples chez un paralytique général** par M. Dagonet. (Ibidem p. 237.)

Ein anscheinend nach einer heftigen Gemüthserschütterung erkrankter Paralytikus hat sich in der Anstalt beruhigt und wird entlassen; draussen erwies er sich zu Allem unfähig, bummelte, und wurde bald in vorgeschrittenem Stadium der Demenz, welche durch intercurrente Aufregungen unterbrochen wurde, zurückgebracht. Er starb an einer Apoplexie unter rapider Erhebung der Temperatur auf $41 \cdot 5^0$.

Die Section ergab völlige Zerstörung der Centraltheile der rechten Hemisphäre, welche einen Blutsack bildete, der theilweise nur die Hirnrinde als Wandung hatte; der Seitenventrikel war zerrissen, die Blutung erstreckte sich daher auch in den III. Ventrikel. — Links fanden sich isolirte kleinere apopl. Herde im Corp. striatum; Dagonet findet das multiple Auftreten der Apoplexie besonders bemerkenswerth.

Jehn.

Therapie.

11) **Elektrische Bäder.** (Aus der Abtheilung für Nervenkranke d. Herrn Privatdocenten M. J. Drosdow an der Medico-chirurg. Academie zu St. Petersburg.) Von P. J. Ischewsky. (Wratsch. No. 5. Febr. 1882.)

Die in letzter Zeit von Dr. Paul gegen einige Nervenkrankheiten vorgeschlagenen elektrischen Bäder veranlassten J. sich mit diesem neuen Hilfsmittel näher bekannt zu machen. Es lag ihm vor Allem ob: 1) die physiologische Wirkung der elektrischen Bäder auf den Organismus. 2) ihre therapeutische Wirkung bei einzelnen Nervenleiden zu prüfen und 3) im Einverständniss mit den gewonnenen Resultaten präcisere Indikationen für die Anwendung dieser Bäder aufzustellen.

Vorläufige Versuche zeigten ihm, dass Metallwannen, wie und wodurch sie auch isolirt sein mögen, immer gute Stromleiter sind und daher zu Heilzwecken nicht recht verwendbar erscheinen.

Digitized by Google

J. benutzte eine Holzwanne, dieselbe wurde mit Wasser von 27° R. gefüllt; zu beiden Enden derselben wurden 2 Elektroden von der Spirale einer Inductionsrolle ausgehend, die mit 2 Poggendorff'schen Elementen in Verbindung stand, versenkt, hierbei konnte die Stärke des Extrastromes durch das Verschieben eines Eisendrahtbündels an der Rolle regulirt werden, die Stärke des galvanischen Stromes mit Hülfe eines Sinus-Galvanometers und Rheostates constant erhalten werden. So gelang es die ganze Elektricitätsmenge im Wasser zu concentriren und während des Bades durch den Körper zu leiten.

Bei den physiologischen und therapeutischen Versuchen wurde jedes Bad auf 5—10 Minuten ausgedehnt.

Die physiologischen Experimente blieben nicht ohne Einfluss auf den Gesammtorganismus:

1. Beim Eintritt in die Wanne verspürt man, beim schwachen Strom im ganzen Körper ein angenehmes Gefühl; wird der Strom verstärkt, spürt man bereits elektrische Wirkung, jedoch viel schwächer, als beim gewöhnlichen Faradisiren und zwar zunächst an der Körperoberfläche, die der negativen Elektrode am nächsten liegen, später auch an den der positiven Elektrode angrenzenden; bei weiterer Verstärkung des Stromes treten Muskelcontractionen ein, zunächst in den Extremitäten; die Contractionen sind schmerzlos, nur darf der Strom nicht zu stark sein. Nach dem Bade fühlt man sich leicht erregt.

2. Die Circulations- und Respirationsorgane erleiden Veränderungen: Der Puls wird nach dem Bade in der Regel verlangsamt, ebenso die Respirationsfrequenz.

3. α) das Tastgefühl der Haut wird erhöht, β) die elektrische Hautempfindung abgeschwächt, γ) die Muskelkraft mit dem Dynamometer bestimmt, sogleich nach dem Bade herabgesetzt, später jedoch progressiv verstärkt.

4. Das Körpergewicht erhöht.

Ein Frosch in eine elektrische Wanne gesetzt, zeigt anfangs geringe Contractionen der gesammten Körpermuskulatur; bei verstärktem Strom tritt Muskelstarre ein. Dieses Factum weist darauf hin, dass die elektrischen Bäder einen Reiz „auf die gesammte vom Wasser umspülte Körperfläche" ausüben, wodurch sich dieses Heilverfahren von anderen elektrotherapeutischen Indikationen unterscheidet.

Die therapeutische Wirkung der elektrischen Bäder, wurde vorläufig an Patienten beobachtet, die

1. mit funktionellen Störungen des Nervensystems in Folge anaemischer und schlechter Ernährungszustände behaftet waren.

2. Bei rheumatischen Leiden.

3. Beim Tremor in Folge von Muskelerschlaffung bei Ueberanstrengungen durch einseitige Beschäftigungen.

4. Bei Beeinträchtigungen des Nervensystems bei Bleivergiftungen.

Die Resultate waren folgende:

a) Unter dem Einfluss der elektrischen Bäder wird der Appetit erhöht, die Kräfte kehren wieder. Die periodisch wiederkehrenden Nervenanfälle lassen nach, sowohl was die Intensität, als auch die Dauer ihres Auftretens betrifft.

b) Bei rheumatischen Leiden wird die Schmerzhaftigkeit der afficirten Glieder herabgesetzt.

c) Der Tremor in Folge von Muskelerschlaffung bei Ueberanstrengungen wird, wenngleich nur ganz allmählich, jedoch ganz bedeutend gebessert.

d) Die periodisch wiederkehrenden Leiden und funktionellen Störungen bei Bleivergiftungen, weichen der Behandlung mit elektrischen Bädern rasch und kehren nicht wieder.

Rohde, Dorpat.

Digitized by Google

12) Untersuchung über die Wirkung einiger Arzneimittel auf die Erregbarkeit des Grosshirns nebst Beiträgen zur Therapie der Epilepsie von Peter Albertoni, Genua. (Arch. f. experiment. Path. und Pharmacol. XV. 3. u. 4. S. 248—280. 1882.)

Verf. experimentirte an Hunden und Affen und zwar, wenn er die Wirkung einer einzigen Gabe des Arzneistoffes prüfen wollte, in folgender Weise: Nach Blosslegung der psychomotorischen Hirnzone wurde das Minimum der Stromstärke bestimmt, das zur Erzeugung von Bewegungen genügte, wie diejenige, welche einen epileptischen Anfall auslöste. Dann wurde das Arzneimittel gegeben, und nun aus der grösseren oder geringeren Intensität des Stromes, die jetzt nothwendig war zur Hervorrufung von Bewegungen resp. des epileptischen Anfalls, die Wirkung des Arzneimittels, ob es die Erregbarkeit geschwächt oder unverändert gelassen oder gesteigert habe, beurtheilt.

Um die Wirkung wiederholter Gaben zu prüfen, wurde erst die zur Auslösung von Bewegungen nothwendige Stromstärke festgestellt, dann nach Heilung der Wunde das Medicament längere Zeit gebraucht, und der Einfluss desselben auf die andere, bis dahin unverletzte Hemisphäre beobachtet.

Als constante und unter Berücksichtigung aller Fehlerquellen sich ergebenden Resultate sind folgende zu verzeichnen:

1. Die elektrischen Reize, welche sich bei Hunden im normalen Zustande zur Auslösung von Bewegungen und epileptischen Krämpfen wirksam erweisen, leisten nach Brom-Kaliumgebrauch (dasselbe wird am besten mit den Speisen, nicht nüchtern gegeben) gar nichts mehr oder bringen nur geringe Wirkung hervor. Das Bromkalium erzeugt für die Ausbreitung der Entladung vom gereizten Punkte auf das übrige Gehirn starke Widerstände. Die Einwirkung des Bromkalium auf die Hirngefässe (Semmola, Lewitzky: Verengerung) ist nicht constant.

2. Nach Atropingebrauch wird die Grosshirnrinde empfindlicher für den elektrischen Reiz. Die Verschiedenheiten der Erregbarkeit und Entwickelung des grossen Gehirns erklärt:

a) die geringe Wirkung des Atropin bei Kindern und sehr jungen Hunden.
b) den Umstand, dass die durch Atropin erzeugten Hirnerscheinungen beim Hunde viel intensiver sind als beim Schafe, dessen Gehirn zwar entwickelter, aber weniger erregbar ist.
c) die gänzliche Unwirksamkeit dieses Stoffes bei den Tauben, deren grosses Gehirn unerregbar ist.

Auch nach fortgesetztem Atropingebrauch gelingt es, durch Erregung der Grosshirnrinde epileptische Anfälle bei den höheren Säugethieren hervorzurufen. Durch kleine Atropingaben wird der Blutumlauf im Grosshirn durch Beschleunigung der Herzschläge vermehrt, mittelgrosse Dosen bewirken Verengerung der Hirngefässe, Erweiterung der peripherischen Körpergefässe.

Durchschneidet man den Halstheil des Sympathicus, so hört die Verengerung der Hirngefässe auf.

3. Das in therapeutischen Dosen gereichte Cinchonidin vermehrt bei Epileptikern die Häufigkeit der Anfälle. Sowie überhaupt alle wirksamen Bestandtheile der Chinarinde ist das genannte Alkaloid bei Epilepsie contraindicirt. Das Cinchonidin wirkt erregend auf die centralen motorischen Ganglien. Zum Beweis für diese These bringt Verf. eine Reihe von Beobachtungen bei Epileptikern, bei denen während des Gebrauchs von $^1/_2 - 1$ grm. Cinchonidin pro die die epileptischen Anfälle häufiger wurden. Bromkalium verhindert die tödtliche Wirkung des Cinchonidins, wie das Auftreten der epileptischen Anfälle, welche sonst bei Hunden auf die Darreichung hoher und letaler Gaben von Cinchonidin erfolgen. Atropingebrauch hat dagegen diesen Einfluss nicht.

Atropin ist nicht nur nutzlos, sondern schädlich bei der auf wirklichem primären Spannungszustand der Nervencentra beruhenden Epilepsie. Doch darf es versucht

Digitized by Google

werden bei frischen Fällen einer in Folge von Schreck entstandenen Epilepsie und soll man dann bis zu giftigen Gaben steigen. Bei Congestionen und Stauungen kann das Atropin durch Anregung der contractilen Elemente der Hirngefässwände das Zustandekommen jener hyperämischen Zustände abwenden. In Fällen peripheren Ursprungs mag es dadurch nützlich wirken, dass es die Erregbarkeit der peripheren Ausbreitungen sensibler und motorischer Nerven abstumpft. M.

Forensische Psychiatrie.

13) **Reasoning Mania: its medical and medico-legal relations**; with special reference to the case of Charles J. Guiteau by William A. Hammond. (Journ. of nerv. and ment. disease. 1882. Jan. p. 1.)

The case of Guiteau — a psychological study by George M. Beard. (ibid. p. 90.)

Lucilio Vanini: A biographical and psychological study by the Marchioness Clara Lanza. (ibid. p. 74.)

Hammond's Schilderung der reasoning Mania bringt im Wesentlichen die Züge, welche bei den klinischen Begriffen der Folie raisonante und der Moral Insanity zu Grunde gelegt sind. Er beschreibt den rücksichtslosen Egoismus, die Heuchelei und Falschheit, die „Moral monstrosity" solcher Kranken. Er führt eine Anzahl solcher Leute, welche Verbrechen begingen, an, Krankengeschichten, aus denen die theilweise hochgradige intellectuelle Schwäche, deren Vorkommen in seiner Schilderung wenig betont wird, neben den übrigen Erscheinungen deutlich hervortritt. Er hält Guiteau für zweifellos in dieser Art geisteskrank, kränker als manche Leute in den Anstalten. Trotzdem ist er für Vollstreckung des Urtheils. H. äussert die Meinung, dass ein Individuum mit genug Intelligenz, um zu wissen, dass das Abfeuern eines Pistols auf einen Menschen denselben tödte, bestraft werden müsse, wenn nicht seine Wahnideen den Mord gewissermaassen rechtfertigten; er sagt weiterhin, der Geisteskranke, der Verbrechen begehe, „because it is pleasant for him", dürfe hierin nicht mehr Milderungsgrund finden, als ein Anderer, dessen Motiv Rachsucht oder Habgier sei. Es ist schwer zu erkennen, was H. unter „morbid" versteht, wenn er sagt, es fehle der Beweis, dass ein Verbrechen aus krankhaftem Antriebe, der aus einem noch krankhafterem Lustgefühle hervorgegangen, nicht hätte verhütet werden können, wenn das Individuum „es vorgezogen (chosen) hätte, seine Neigung zu bekämpfen". Er schliesst, man hänge Guiteau, aber in voller Ueberzeugung, dass man einen Geisteskranken bestraft.

In demselben Hefte beschäftigt sich Beard in eingehender Weise mit dem Geisteszustand des Verbrechers. Auch er findet die Geisteskrankheit Guiteau's zweifellos erwiesen, und namentlich durch seine Antecedentien. G. litt an religiöser Verrücktheit (Monomania); diess konnte man schon ohne persönliche Exploration sagen.

B. behauptet, dass wenn G., der mit vollem Rechte in eine Irrenanstalt hätte aufgenommen werden können, dort ein Verbrechen begangen hätte, oder wenn er nicht gerade den Präsidenten erschossen hätte, er wahrscheinlich nicht zur Rechenschaft gezogen sein würde. Vor Gericht hätte der Nachweis geführt werden müssen, dass er schon seit Jahren geisteskrank sei. B. schildert die Vergangenheit G.'s, beschreibt seine Fähigkeit, Einzelheiten mit einer gewissen rhetorischen Gewandtheit darzustellen, während er in der Beurtheilung der Dinge und ihrer Beziehung zu einander sich sehr schwach zeigte. Durch eigne Nachforschungen hat B. charakteristische Züge aus dem Vorleben G.'s zu Tage gefördert. Im vorigen Winter fasste dieser die Idee, die Tochter eines Millionärs zu heirathen, verfolgte sie auf der Strasse,

Digitized by Google

schrieb ihr Briefe und suchte die Dame, welche ihn vollständig ignorirte, zweimal in ihrem Hause auf, bis er erfuhr, dass es nur eine Verwandte des Hauses war. Schon früher war er einer anderen jungen Dame trotz ihres abweisenden Verhaltens so lästig gefallen, dass ihn deren Vater schliesslich durchprügelte. Vor 13 Jahren vertheidigte er einen Angeschuldigten in so sinnloser Weise, dass er seinen Clienten nur schädigte und abgesehen von dem Inhalt der Rede überzeugte sein Benehmen Alle, dass er verrückt war, denn er sprang wie ein Affe über die Gerichtsschranke, hielt einem Geschworenen die Faust vor's Gesicht und sprach mit solcher Leidenschaft, dass allgemeine Heiterkeit entstand. Mit Recht sagt B., dass Handlungen wie diese aus dem Vorleben G.'s constatirten, oft genug genügt hätten, den Betreffenden in die Anstalt zu bringen. Auf die Bestrafung Geisteskranker einzugehen lehnt Beard ab, weil dies eine nicht ausschliesslich vor das medizinische Forum gehörige Frage sei.

Ein weiterer Artikel des Journals (p. 198) weist darauf hin, dass die Hinrichtung G.'s die Folge eines gewaltig ausbrechenden nationalen Gefühls, das Gesetz und Medizin über den Haufen würfe, sein würde. Mit grossem Nachdruck wird auf die ungünstige Rolle hingewiesen, welche das Urtheil der Aerzte bei dem Prozesse gespielt habe, wo rein als Werkzeug der Anwälte eine ganze Anzahl von Aerzten herbeigerufen, und dem Urtheile beliebiger Ignoranten derselbe Werth beigelegt sei, wie dem wirklich Sachverständigen. Es wird deshalb die Einführung einer vom Staate niedergesetzten ärztlichen Untersuchungsbehörde, wie in Massachusetts, empfohlen.

Die Marchesa Lanza hält G. für geistesgestört und sucht in klarer Darlegung nachzuweisen, dass der wegen Ketzerei verbrannte Lucilio Vanini ebenfalls an „reasoning mania" gelitten habe, wobei indess der Bedeutung der religiösen Strömung im 16. und 17. Jahrhundert zu wenig Rechnung getragen zu sein scheint.

Moeli.

---

14) Gerichtsärztlicher Bericht über den Geisteszustand des Dely Mehemed beschuldigt des Mordes an dem russischen Oberstlieutenant Kummerau. Mitgetheilt von Dr. L. Mongeri. (Jahrb. f. Psych. 3. Bd. 3. Heft S. 186.)

Es liegt keine Geistesstörung vor. Der Bericht ist interessant wegen der Streiflichter auf türkische Verhältnisse.

A. Pick.

---

15) The Case of Guiteau von J. G. Kiernau. (Chicago Med. Rev. IV. 11.)

Nach vorliegender Schilderung ist Guiteau, der Präsidentenmörder, hereditär für Psychosen schwer belastet und ein geistig defecter Mensch, der auch äusserlich die Zeichen der Degeneration trage (Asymmetrie der Gesichtshälften). Der gänzliche Mangel ethischer Vorstellungen bezeichnet seine geistige Inferiorität. Aus der Literatur werden dann ähnliche Fälle angeführt von geistig beschränkten Individuen, die, wenn sie Fiasco gemacht hatten, in Verfolgungswahn verfielen; auch für die bekannte Thatsache, dass wirklich Geisteskranke simuliren, werden Belege beigebracht.

Tuczek.

Anstaltswesen.

16) Aerztlicher Jahresbericht über die Irrenanstalt Göttingen für 1879 und 1880.

Bestand am 31. December 1879. 186 M. 171 Fr. Zugang 1879 46 M. 31 Fr. 1878 wurden von 58 Aufnahmeanträgen für Frauen wegen Ueberfüllung 26

Digitized by Google

zurückgewiesen. 1879 war beinahe die Hälfte der Aufgenommenen (32) über ein Jahr geisteskrank gewesen. Der Bericht enthält ausserdem die interessante Geschichte eines Querulanten, den die Behörden, trotzdem die Direction der Anstalt ihn nicht für gemeingefährlich erachtete, und ersucht hatte, ihn unbehelligt in der Freiheit zu lassen, steckbrieflich verfolgten und geschlossen der Anstalt wieder zuführten. Der Bericht bringt sodann ausführliche Tabellen über den Verbrauch der hauptsächlichsten Nahrungsmittel pro Tag und Kopf, sowie des Verbrauchs an Steinkohlen.

M.

---

17) Bericht über die westpreussische Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt zu Schwetz 1880/81 von Dir. Dr. Wendt.

Bestand am 31. März 1881	185	M.	185	Fr.	zus. 370.
Zugang $^1/_4$80—$^1/_4$81	19	„	17	„	„ 36, von denen
an Melancholie	3	„	4	„	
„ Manie	6	„	3	„	
„ Secundärer Seelenstörung	3	„	10	„	
„ Paralytischer „	4	„	—	„	litten.

Der Bericht hebt die geringe Zahl der Aufnahmen (36 gegen 72 im Jahre 1879/80) hervor, lediglich ein Resultat der andauernden Ueberfüllung, „indem sich von Jahr zu Jahr die unheibaren, körperlich noch rüstigen Kranken unter der Anstaltsbevölkerung vermehren und die ihnen einmal zugewiesenen Plätze auf lange Zeit behaupten.“ 52 Kranke mussten auf der Exspectandenliste verbleiben. In dem Bericht findet sich noch ein interessanter Fall von zweifelhafter Seelenstörung bei dem Oberwärter der Anstalt. Derselbe hatte einen Arzt der Anstalt, nach verschiedenen Insubordinationen, bedroht, ihn erstechen zu wollen. Er wurde in erster und zweiter Instanz wegen „transitorischer Manie“ (mit Herzklappenfehler) für unzurechnungsfähig erklärt. Der Direktor der Anstalt hat nie Zeichen einer Geistesstörung bei ihm wahrgenommen und hielt ihn für einen Simulanten. Von den im Berichtsjahre gestorbenen 16 Kranken waren 5 resp. 16, 16, 19, 20, 25 Jahre in der Anstalt gewesen.

M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Harveian Society. Sitzung den 2. Febr. 1882. (The Brit. Med. Journ. 4. März 1882.)

Day spricht über Kopfschmerz bei Kindern und führt dieselben auf eine durch geistige Ueberbürdung veranlasste Hirnanämie zurück. Auch einseitige Kopfschmerzen seien häufiger als man gewöhnlich annehme. — In der Discussion werden für die Aetiologie die bekannten anderweitigen somatischen Ursachen herangezogen; Cheadle sieht im Gas und in schlechter Luft das wichtigste Entstehungsmoment für den „Studirkopfschmerz.“

von den Steinen.

Aus der Société anatomique. Sitzung den 8. Juli 1881. (Progrès méd. 1882. Nr. 13). **Note sur un monstre du genre Janiceps** von Mayor.

Verf. liefert eine genaue Beschreibung eines Janiceps, von welcher hier nur über den das Nervensystem betreffenden Abschnitt referirt werden kann.

Die Gehirne beider Kinder sind derartig mit einander verwachsen, dass (von unten betrachtet) zwar die Pedunculi crb. im Beginn noch frei sind, aber die Tub. cin. und die weiter frontal gelegenen Theile eine unregelmässige, das Centrum der Basalfläche der ganzen Masse einnehmende Partie bilden, welche den Boden des gemeinsamen Ventricul. III darstellt. Die rechte Grosshirnhemisphäre des einen Kindes ist mit der linken des andern — und umgekehrt — im Frontaltheile verwachsen,

Digitized by Google

und es entstehen dadurch zwei, übrigens ungleich grosse, nierenförmige Massen. Zwischen diesen beiden Hemisphären-Paaren (von oben betrachtet) klafft, da Trabs, Fornix u. s. w. fehlen, ein weiter Spalt, in welchem, als in dem gemeinsamen Hohlraume beider Gehirne, die beiden verwachsenen Seitenventrikelpaare und der gemeinsame dritte Ventrikel offen daliegen, letzterer durch die Commissur. post. und die darunter sichtbaren Einmündungsstellen der Aquaeduct. sylvii abzugrenzen. Linker Thal. optic. und linkes Corp. striat. des einen Kindes ist mit rechtem Thal. opt. und rechtem Corp. striat. des anderen Kindes verwachsen (und umgekehrt), und zwar so, dass die Innenränder der Thal. opt., welche doch in der Norm ziemlich parallel verlaufen, in einem stumpfen Winkel aus einander weichen.

An den Hemisphären liessen sich die Sulci und Gyri der Lob. temporales und parietales und auch der Lob. frontal., so weit sie vorhanden waren, zweifellos nachweisen; aber am Hinterhaupttheil und der medialen Fläche war dies unmöglich. — Vierhügel, Kleinhirn und Medull. oblong., jedes der beiden Gehirne waren regelmässig gebildet. Hadlich.

Aus der Société de Biologie. Sitzung den 1. April 1882.

Marcus und Oechsner de Coninck haben einen durch Behandlung des Cinchonins mit kohlensaurem Kali erhaltenen neuen Körper, das B.-Collidine, eine rasch verdunstende, hellgelbe Flüssigkeit von stark brennendem Geschmack, auf seine physiologische Wirksamkeit geprüft.

Nach subcutaner Injection von grm. 0·05—0·15 trat bei Fröschen rasch eine vollständige Lähmung aller willkürlichen Bewegungen ein, bei grösseren Dosen der Tod.

Bei Hunden beobachteten die Verf. nach einander lähmende Wirkung auf das Gehirn, das Rückenmark, dann auf das Herz und starke Herabsetzung der Temperatur. — In 5—10 Stunden scheint die Ausscheidung des Giftes, unter Salivation und starker Diurese, stattzufinden.

Zwei Meerschweinchen hatten nach Injection von grm. 0·05—0·15 auf 1 kilogrm. Körpergewicht Zeichen starker Prostration dargeboten, sich aber völlig wieder erholt, nur wurde später ein anscheinend dauernder Verlust der Corneareflexe bemerkt. Hadlich.

Sitzung den 15. und 22. April 1882.

Brown-Sequard erinnert an seine Mittheilungen in den „Archives de Physiologie“ vom Jahre 1879. S. 499, nach welchen er bei Reizungen basaler Hirntheile sehr häufig Bewegungen auf derselben Körperseite erhalten hatte. — Neuerdings hat er gefunden:

1. Bei Reizung der Pyramiden einer Seite (Durchschneidung oder galvanische Reizung) trat Bewegung einer oder beider Extremitäten derselben Seite ein. Es müsse also der Reiz, nachdem er von der einen Seite auf die andere übergegangen, nothwendig wieder zur Ausgangsseite zurückgekehrt sein.

2. Bei Reizung der Schnittfläche eines Querschnittes einer Hälfte des Bulbus oder Pons trat ebenfalls Bewegung der Extremitäten (einer oder beider) derselben Seite ein und zwar bei Reizung sowohl der oberen, wie der unteren Schnittfläche. — Der mechanische Reiz bei der Anlegung des Schnittes hatte dieselbe Wirkung.

3. Nach Durchschneidung der linken Hälfte des Rückenmarks zwischen N. cervical. II und III (Meerschweinchen) trat auf Reizung der motorischen Zone der Hirnrinde der rechten wie der linken Seite das gleiche Resultat ein, nämlich Bewegung der rechten vorderen Extremität. — Bei stärkerer Reizung (8 cm. Schlittenabstand des du Bois'schen Apparates) ebenfalls gleiches Resultat auf beiden Seiten: Bewegung der rechten vorderen und der linken hinteren Extremität (Bipède diagonal droit).

Bei demselben Thiere wurde nun schnell das Gehirn entfernt durch Querschnitte

Digitized by Google

dicht vor den vorderen Vierhügeln, wobei lediglich eine Bewegung der vorher unbewegt gebliebenen rechten hinteren Extremität eintrat.

Durchschnitt B.-S. nun die Pedunculi im Bereich der vorderen Vierhügel, so traten bei dem rechtsseitigen Schnitte zwar Bewegungen des Rumpfes und aller 4 Extremitäten ein, doch machte sich die Bewegung des linken vorderen und der rechten hinteren Extremität besonders bemerklich, eine Combination, welche ebenfalls und zwar ausschliesslich bei den linksseitigen Schnitte eintrat (Bipède diagonal gauche).

Indem B.-S. nun nach und nach in derselben Weise weiter abwärts Schnitte machte, traten regellos sehr verschiedene („extrêmement différents") Bewegungen ein, bald in einer Extremität, bald in zweien, gekreuzt oder gleichseitig, bald sogar in dreien oder allen vieren.

In einem anderen, genau ebenso ausgeführten Versuche, waren die Resultate meistens abweichende von den eben mitgetheilten. B.-S. hat solche Versuche an Affen, Hunden, Kaninchen und Meerschweinchen angestellt und abstrahirt folgende allgemeine Sätze:

1. Nach Durchschneidung einer Rückenmarkshälfte kann man doch von den verschiedensten Punkten der rechten wie der linken Hirnrinde aus Bewegungen in beiden Körperseiten hervorrufen.

2. Ebenso von den verschiedensten Stellen an der Basis des Gehirns aus.

3. Mechanische und galvanische Reizungen zeigen hierbei oft verschiedene Wirkungen.

4. Sehr verschieden sind oft auch die Wirkungen, obwohl die Reizungen von ganz dicht neben einander gelegenen Stellen des Gehirns ausgehen.

Dastre macht in Bezug auf obige Mittheilungen darauf aufmerksam, dass man (Grützner, Pflüger's Archiv. 1878. S. 215) die verschiedene Wirkung der Wärme auf sensible und motorische Nerven constatirt hat und dass motorische Nerven unter Einwirkung der Wärme leicht ihre normale Reizbarkeit verlieren.

(Es scheint bemerkenswerth gegenüber den auffallenden Resultaten von B.-S., dass er 1) keine constanten Resultate erzielte, und 2) mit sehr verschiedenen Stromstärken experimentirte. Ref.) Hadlich.

Aus der Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten.
(Sitzung vom 8. Mai 1882.)

1. Moeli theilt die Resultate mit, welche er bei der Untersuchung der Pupillendilatation auf sensible Reize an Geisteskranken erhalten hat. Bei Personen ohne Erscheinungen seitens des Nervensystems finden sich individuelle Verschiedenheiten in sofern, als Frauen und Kinder ziemlich ausnahmslos, dagegen Männer im höheren Alter nicht immer die Reaction wahrnehmen lassen. Unter 68 Paralytikern fehlte die Reaction häufiger, als bei Gesunden und es zeigte sich, dass ganz überwiegend die Patienten mit sehr herabgesetzter und ganz besonders die mit fehlender Lichtreaction die Dilatation vermissen liessen. Unter 24 paralytischen Frauen war die sensible Reaction viel seltener beeinträchtigt und nur bei einem Bruchtheile der Kranken, welche keine Lichtreaction hatten. Für weibliche Tabeskranke fand M. mit einer geringfügigen Ausnahme die Angaben Erb's, dass die reflectorische Lichtstarre von Aufhebung der Dilatationsfähigkeit begleitet sei, bestätigt. Die Häufigkeit des Fehlens des Kniephänomens bei Paralytikern stellte M. an einem Gesammtmaterial von 180 Kranken zu nicht ganz 20 % fest. Das Vorhandensein gestattet keineswegs eine Erkrankung der Hinterstränge, sondern nur circumscripter Stellen des Lendenmarks auszuschliessen, es kann deshalb die Frage nach dem etwaigen Zusammenhange der Pupillarerscheinungen und der Hinterstrangaffection nur auf anatomischem Wege gelöst werden. Bei den Kranken, bei welchen die für das Kniephänomen in Betracht kommenden Abschnitte erkrankt oder miterkrankt waren, waren die Pupillar-

Digitized by Google

störungen, namentlich die Aufhebung der Reaction noch häufiger vorhanden, als bei den Kranken mit erhaltenem Kniephänomen.

Bei vielen Epileptikern ist die Reaction sehr lebhaft, jedoch nicht bei allen; namentlich ist sie auch lebhaft bei ängstlichen Kranken aller Art wegen des psychischen Eindrucks. Dass die Reaction aber nicht abhängig ist vom Bewusstwerden des Reizes geht daraus hervor, dass sie in vollkommener Deutlichkeit auch von anästhetischen Partien Hysterischer aus hervorzurufen ist, während bei Anästhesie aus peripheren Leiden die Reaction ausbleibt.

Im Coma sind die Reactionen der Pupille beide gleichmässig aufgehoben und kehren ebenfalls zusammen wieder.

2. Mendel spricht über einen Fall von rechtsseitiger Hemiplegie mit Hemianästhesie und Hemiopie und später eintretender Dementia. Section ergab ausser Atrophie der linken Hemisphäre einen Herd im linken Pulvin. Thal. opt., von dem eine Degeneration im rechten Bindearm bis in das Kleinhirn ging. Die Präparate wurden demonstrirt. Der Fall wird demnächst in dieser Zeitschrift veröffentlicht.

Aus der Pathological Society of London. Sitzung vom 4. April 1882. **Note on a case of pseudo-hypertrophic paralysis (?). Recovery.** By H. Donkin, London. (Brit. med. Journ. 15. April 1882.)

Verf. untersuchte im November 1881 einen sechsjährigen Knaben, welcher alle Zeichen einer beginnenden Muskel-Pseudohypertrophie darzubieten schien. Die Glutäen und Waden zeigten ein auffallendes Volumen, der Gang war etwas watschelnd, der Leib vorstehend, die Wirbelsäule leicht lordotisch, die Haut an den Beinen marmorirt, die Kniereflexe fehlten, beim Aufrichten aus gebückter Stellung musste der Knabe sich auf seine Kniee stützen — kurz, das typische Bild der Pseudohypertrophie. Von anderen Mitgliedern der Familie litt keines an dieser Krankheit. Als D. den Knaben im Januar 1882 wieder sah, fand er zu seiner Ueberraschung die Affection so gut wie ganz geschwunden, auch die Kniereflexe waren wieder hervorzurufen. Die Behandlung war ziemlich indifferent gewesen (Eisen und Nux vomica). Aus der Beobachtung geht also hervor, dass ein Krankheitszustand, welcher vollkommen das Bild der schweren, für gewöhnlich unheilbaren Pseudohypertrophia musculorum vortäuschen konnte, nach relativ kurzer Zeit sich wieder zurückgebildet hat.

Strümpell.

Aus der London medical society. Sitz. v. 30. Jan. 1882. (Lancet 1882. 4. Febr.)

Dr. Broadbent berichtet über die Autopsie eines früher von ihm vorgestellten Falles (Referat in No. 7 d. Bl.) von rechtsseitiger Paralyse des facialis, acusticus, accessorius und hypoglossus (Taubheit, atrophischer Lähmung der Gesichtsmuskeln, des Cucullaris und Sternocleidomastoideus, der rechten Zungenhälfte und des rechten Stimmbands.) Aus dem Freibleiben des Abducens und der mangelnden Betheiligung motorischer Faserzüge einerseits und dem Ergriffensein der gesammten Accessoriusäste andererseits war eine nucleäre Affection der befallenen Nerven ausgeschlossen und die Diagnose bei der luetischen Pat. gestellt worden auf ein die Nervenwurzeln dicht an ihrem Austritt aus dem Pons comprimirendes Gumma. Die Section ergab eine luetische Pachymeningitis der ganzen rechten hinteren Schädelgrube mit Constriction der Nervenwurzeln an ihrer Austrittsstelle aus dem Schädelinnern. Von analogen Fällen gleichfalls luetischer Abkunft wusste Hughlings Jackson zu berichten.

Kast.

Digitized by Google

Aus der Société de Biologie. Sitzung v. 1. April 1882. (Comptes rendus hebdomad. 1882. Nr. 13.)

M. Huet hat ein Stück Rückenmark (Halsanschwellung) von einer Giraffe untersucht, welches 17 mm breit und 13 dick (von vorn nach hinten) war. Das Querschnittsbild zeigte relativ sehr wenig graue Substanz, die Hinterhörner erreichten bei weitem nicht die Oberfläche. In den Vorderhörnern auffallend wenig Ganglienzellen und diese länglich, schmal, durchgehends kleiner als beim Rind, etwa im Verhältniss von 5 : 6. — (Diese Beobachtungen, welche der Verf. auffallend findet, erscheinen morphologisch wohl verständlich auf Grund der Lehre von dem segmentalen Bau des Rückenmarks.) Hadlich.

III. Bibliographie.

Die körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen. Vortrag gehalten beim Antritt des Lehramts an der Universität Leipzig von Paul Flechsig. (Leipzig, Veit u. Comp. 1882. S. 36.)

Statt auf dem Wege der anatomischen und physiologischen Erforschung des Hirns fortzufahren, und hier immer neue Bausteine heranzutragen, haben in der neuesten Zeit einzelne Psychiater schon die Zeit gekommen geglaubt, auf Grund der bisherigen Leistungen auf diesem Gebiet, ja zum Theil anknüpfend an nicht einmal über allen Zweifel sicher gestellte Thatsachen, zur Krönung des Gebäudes, zur Erklärung des psychischen Geschehens im normalen und krankhaften Zustand zu schreiten. Es ist unschwer zu sehen, dass sich die Betreffenden dabei im Kreise herumdrehten, und ihre angeblichen Erklärungen der psychophysischen Thätigkeiten nur ein y sind, das sie für das x setzen. Wir freuen uns vor Allem, dass der Verf. sich gegen jene Richtung wendet, und mit vollem Rechte sagte er: „Es bedeutet eine Verwechslung vom Ausgang und Endziel einer exakten Forschung auf diesen Gebieten, wenn man bereits jetzt Veränderungen des molecularen Gefüges und vermeintliche Thatsachen der Molecularmechanik andeuten zu können glaubt, welche den Schlüssel zu jenen Störungen enthalten sollen.“ Aber auch bei dem, was wir wirklich von den körperlichen Grundlagen der Geistesstörungen wissen oder zu wissen glauben, übt der Verf. volle Kritik, hebt auch hervor, dass man nicht alle im Gehirn Geisteskranker nachweisbare Anomalien in einem causalen Zusammenhang zu den geistigen Störungen bringen darf. Die krankhaft vermehrte Blutfülle z. B. (und man hat ja in neuester Zeit gerade auf Anaemie und Hyperaemie so grossen Werth gelegt, selbst die Psychosen danach eintheilen wollen!) die man nach zahlreichen Aufregungszuständen findet, braucht nicht sowohl die Ursache, als vielmehr die Folge gesteigerter psychophysischer Thätigkeit zu sein, nachdem nachgewiesen ist, dass schon bei normaler Hirnerregbarkeit jede geistige, besonders aber jede gemüthliche Erregung den Hirnstrom anschwellen macht. Wenn nun auch trotz der grossen Lücken unserer Kenntnisse Verf. selbstverständlich an der körperlichen Begründung der Psychosen, wie der erblichen Anlage und der individuellen Praedispositon nicht zweifelt, so meint er doch, dass es Aufgabe der Psycho-Pathologie sei, weiter zu gehen und zu versuchen, „für jedes Einzelsymptom gestörter geistiger Thätigkeit das physische Aequivalent klar zu legen.“ Dafür, dass jede Einzelvorstellung, jedes Einzelbild durch die Thätigkeit eines circumscripten Rindenfeldes erzeugt wird, fehlt es allerdings noch an Beweisen. Um nun jene Untersuchungen anzubahnen, möchte Verf. die geistigen Elementarstörungen theilen in „geistige Herdsymptome“, welche bestehen in „Anomalieen durch Erfahrung erworbener Einzelinhalte des Bewusstseins“ und in „Symptome diffuser Erkrankung“ d. h. Störungen jener Thätigkeiten, die alle diese Einzelinhalte verknüpfen nach den vor aller Er-

Digitized by Google

fahrung (? Ref.) gegebenen Anschauungsformen des Raumes, der Zeit und der Causalität u. s. w. zum einheitlichen Selbstbewusstsein."

Die kurzen Andeutungen mögen genügen, um zu zeigen, dass sich in dem Vortrage nicht nur sachgemässe Kritik findet, sondern dass auch positive Vorschläge, die Ergründung der psychischen Störungen zu fördern, gegeben sind. Wie weit dieselben fruchtbringend sich werden anwenden lassen, darüber kann nur die Erfahrung entscheiden; die Schwierigkeiten, die in der Praxis entgegenstehen, wird man sich nicht verhehlen. M.

V. Vermischtes.

Am 13. und 14. d. M. tagten in Düsseldorf unter dem Vorsitze des stellvertretenden Landesdirectors die Directoren der rheinischen Provinzial-Irren-Anstalten zur Besprechung von mannichfachen, die Irrenpflege und Anstaltsverwaltung betreffenden Fragen.

Unter Anderen kam ein, aus dem Schoosse der Provinzial-Verwaltung entstandener Vorschlag zur Besprechung: Ob es nicht angezeigt erscheine, die Einführung von Ordensschwestern in die Irrenpflege in Betracht zu ziehen?

Die Versammlung verhielt sich dagegen ablehnend, da kein Grund zur Aenderung der bislang durch profanes Personal geleisteten Irrenwartung vorliege. Auch erhoben sich principielle Bedenken gegen eine solche Einführung.

Wie man hört, sollen derartige Conferenzen der Irrenärzte mit den Vertretern der Landesdirection künftig in gegebenen Zwischenräumen wiederholt werden.

Es würde dies einen Fortschritt in der Organisation der Verwaltung des Irrenwesens bedeuten, der nur mit Freude begrüsst werden kann. Jehn.

Die Eröffnung der psychiatrischen Klinik zu Leipzig.

Am 2. Mai wurde in Gegenwart des Herrn Ministers von Gerber, des Vorsitzenden des Landesmedicinalcollegiums Herrn Dr. Reinhard, in Anwesenheit des Rectors Herrn Dr. Zarncke, der Mitglieder der medicinischen Facultät, einer Anzahl von Fachcollegen und zahlreicher Studirender die psychiatrische Klinik der Universität Leipzig eröffnet.

Herr Prof. Paul Flechsig sprach den zuständigen Behörden und Corporationen den Dank für die Errichtung der Anstalt aus und legte dann die Entwickelung der Anschauungen über die Nothwendigkeit und Möglichkeit des psychiatrischen Unterrichts dar. Er verweilte bei den Bestrebungen Griesinger's und erklärte den Anwesenden, inwiefern durch die Lage in der Nähe der grossen Stadt, die Erleichterung der Aufnahme, die sehr niedrigen Verpflegungssätze und die Freistellen auch dem öffentlichen Interesse Vortheil gewährt sei. Andererseits sei man bestrebt gewesen die Vorzüge von Asylen in ländlicher Umgebung auch der neuen Heilstätte möglichst zu wahren, namentlich den geeignet erscheinenden Kranken die so nützliche Beschäftigung ausserhalb oder innerhalb des Hauses zu verschaffen. Er zog eine Parallele mit den klinischen Anstalten von Berlin und Heidelberg, auch in Bezug auf die Möglichkeit, die Beobachtung Nervenkranker beim Unterrichte mit zu verwenden, und erläuterte das Princip des No-restraint und einige Hauptpunkte der Therapie psychischer Leiden. Dann führte Herr Prof. Flechsig die Versammlung durch die Räume der Anstalt. — Wohl jedem der Anwesenden ist dadurch die Ueberzeugung geworden, dass die Forderung der Ausstattung der Heilanstalt mit möglichst zahlreichen und passend gegliederten Räumlichkeiten mit zweckmässiger Einrichtung, namentlich auch in Beziehung auf Heizung und Ventilation, ebenso erfüllt ist wie das Bedürfniss der Klinik in Bezug auf Ausstattung mit rein wissenschaftlichem Werkzeuge, und dass die neue Stätte der klinischen Psychiatrie auch durch die äusseren Mittel einen hervorragenden Platz einnimmt. Moeli.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster **Jahrgang.**

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. **1. Juni.** **№ 11.**

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Secundäre Degeneration im Bindearm. Von Dr. **E. Mendel.** — 2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung. Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen von Dr. **Schäfer.** (Schluss).

II. **Referate.** Anatomie. 1. Ueber den häufigen Mangel dorsaler Rückenmarkswurzeln beim Menschen von **Adamkiewicz.** — 2. The segmental value of the cranial nerves by **Milnes Marshall.** — Experimentelle Physiologie. 3. Sur le temps perdu de la Contraction d'ouverture par **A. Waller.** — Pathologische Anatomie. 4. Some of the pathological conditions in the Medulla and Oblongata in a case of locomotor ataxia (tabes dorsalis) by **Sims Woodhead.** — 5. Ein Verbrechergehirn von **David Ferrier.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Intermittent spinal paralysis of malarial origin by **V. P. Gibney.** — 7. Perforating Ulcer of the foot, and dysatrophic articular changes in locomotor ataxia: their pathology and surgical treatment by **Frank Dudley Beane.** — 8. Drei Fälle von Tuberkelgeschwülsten. im Mittel- und Nachhirn. Von Prof. **Heubner.** — 9. Zur Lehre von den Vagusneurosen von **Ludwig Kredel.** — 10. Sur une forme particulière et curable de myélite centrale diffuse chronique (myélopathie ayant des symptomes analogues à ceux de la myélite centrale diffuse chronique et se terminant par la guérison) par **J. Déjérine.** — Psychiatrie. 11. Die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen von Dr. **Ripping.** — 12. Hallucinations in general Paralysis of the Insane, especially in relation to the Localisation of cerebral functions by **Wm. Julius Mickle.** — Therapie. 13. Die galvanische Behandlung der Tabes nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaktion der sensiblen Hautnerven von Dr. **B. Neftel.** — 14. Ueber Nitroglycerin von Prof. Dr. **Korczynski.** Nitro-Glycerin as a Remedy for Angina pectoris by **William Murrell.** Nitro-Glycerin in Puerperal-Convulsions by **Green.** — 15. Note sur l'action polaire du courant induit; son importance en Electrodiagnostic par le Dr. **Romain Vigouroux.** — Forensische Psychiatrie. 16. Verurtheilung eines Idioten von **Scholz.** — 17. Medico-legal relations of epilepsy. A study of the Hayoren-Salter Homicide by **J. G. Kiernan.** — 18. Folie simulée par une aliénée par **Marandon de Montyel.** — Anstaltwesen. 19. Anstaltsbericht des Wilhelm Augusta Hospitals zu Breslau von Dr. **Soltmann.**

III. **Aus den Gesellschaften.** IV. **Bibliographie.** V. **Personalien.** VI. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Secundäre Degeneration im Bindearm.

Von Dr. **E. Mendel.**

Krankengeschichte.

Vater des Pat. ist im Alter von 68 Jahren an Schlagfluss und „Gehirnerweichung“ gestorben; im Uebrigen keine hereditäre Anlage zu Krankheiten des Nervensystems.

Pat. ist 48 Jahre alt, seit 7 Jahren verheirathet, hat 4 gesunde Kinder, (eines ist nach 10 Wochen an „Gehirnkrämpfen“ gestorben), war nie erheblich krank, nur ist er im Alter von 28 Jahren syphilitisch gewesen.

Digitized by Google

Am 13. Dec. 1877 klagte er, in seinem Bureau arbeitend, darüber, dass er Alles nur halb sehe, ging bald darauf eine Treppe hinunter und ass zu Mittag. Am nächsten Morgen konnte er nicht aufstehen: die rechte Seite war gelähmt. An demselben Tage trat Besinnungslosigkeit ein, die ca. 24 Stunden anhielt. Mit zurückgehrtem Bewusstsein zeigte sich neben der rechtsseitigen Lähmung Aphasie.

In die Anstalt zu Pankow am 14. Dec. 1878 aufgenommen, zeigt er psychisch mässigen Grad von Dementia bei ziemlich gut erhaltenen Gedächtniss.

Ausserdem somatisch: Beide Bulbi etwas prominent, rechte Pupille erheblich weiter, rechte Mundwinkel tiefer, rechte Nasolabialfalte flacher. Die Zunge wird gerade herausgestreckt. Sprache schwer und undeutlich. Der rechte Arm ist schwächer, als der linke, das rechte Bein wird nachgezogen. Herabsetzung der Sensibilität in der ganzen rechten Körperhälfte. Sehnenreflexe vollständig normal. Ueber dem Herzen, besonders am Ursprung der Aorta, ein Geräusch statt des zweiten Tones hörbar. Im Uebrigen normale innere Organe; die ophthalmoskopische Untersuchung ergab negatives Resultat.

Im weiteren Verlauf zeigte sich bei gleichbleibender motorischer Lähmung Verschwinden der rechtsseitigen Anaesthesie und Zunahme der Dementia.

Am 10. April 1879 plötzlich Schmerz im linken Auge, darauf linksseitige Hemiopie; stärkere Prominenz des linken Bulbus.

Diese Erscheinungen sind drei Tage später wieder verschwunden.

Dementia und Lähmungssymptome nehmen nun nach und nach ohne besondere intercurrente Erscheinungen zu.

Die Lähmung hatte, wenn auch in geringerem Grade, auch die linke Körperhälfte befallen und Pat. brachte deswegen das letzte Jahr fast ausschliesslich auf dem Sopha oder im Bett zu.

Der Tod erfolgte unter allgemeiner Erschöpfung am 7. Juni 1881.

Sectionsbefund.

Schädeldach verdickt, Dura, besonders in der Mittellinie mit demselben verwachsen, diffuse, aber nicht erhebliche Trübung der Arachnoidea. Die Windungen der linken Hemisphäre, besonders des Stirntheils derselben und der beiden Centralwindungen atrophisch. Im Pulvinar des linken Sehhügels ein erbsengrosser Herd mit verdickten, härtlichen Wänden und einem krümlichen Inhalt von gelbbräunlicher Färbung. Starke Atherose beider Vertebrales. Im Uebrigen normale Verhältnisse.

Die Pia des Rückenmarkes zeigt zahlreiche Knochenplättchen.

Gehirn und Rückenmark wurden nun in Müller'scher Flüssigkeit gehärtet.

Die mikroskopische Untersuchung der Hirnrinde, die auf Stücke aus den verschiedensten Windungen rechts und links ausgedehnt wurde, ergab sodann an pathologischen Befunden:

1. Im linken Stirnhirn. Die Neurogliaschicht normal. In den darunter liegenden Schichten auffallend viel fettig pigmentöse Ganglienzellen neben normalen. Eine sehr grosse Zahl von Capillaren thrombosirt, z. Th. in solide Fäden verwandelt.

Digitized by Google

2. Während in der vorderen linken Centralwindung und im Lobul. paracenträlis nur wenig Abweichendes von der Norm sich fand, zeigten sich in der hinteren zahlreiche fettig pigmentöse und im Zerfall begriffene Ganglienzellen, in der Neurogliaschicht vereinzelte Spinnenzellen.

3. Während das rechte Ammonshorn normale Verhältnisse darbot, waren im linken auffallend viel verkümmerte und fettig pigmentirte Zellen.

4. Die Untersuchung des linken Thalamus opticus ergab ausser dem Nachweis, dass der Inhalt des Herdes haematogenen Ursprungs war, in der Umgebung desselben hochgradig ausgedehnte Gefässe mit verdickten Wandungen, die strotzend gefüllt waren, die Ganglienzellen des Thalamus waren in seinem hinteren Abschnitt z. Th. im Zerfall begriffen, z. Th. atrophisch. Ausserdem fanden sich zahlreiche Spinnenzellen.

Die Ausdehnung und Anfüllung der Gefässe zeigten sich auch in der innern Kapsel, besonders in dem dem Herde benachbarten Theile derselben.

5. Auf der sodann vom Sehhügel aus gemachten fortlaufenden Reihe von Frontalschnitten zeigte sich schon bei Betrachtung der Chromsäurepräparate besonders auffallend jenseits des Haubenkerns in dem durch chromsaures Kali dunkelgefärbten rechten Bindearm ein heller Fleck, der sich nach hinten bis zur Einstrahlung des Bindearms in das Kleinhirn verfolgen liess. Karmin, Hämatoxylinfärbung, wie Behandlung mit Osmiumsäure liessen diesen Fleck auch weiter nach vorn und zwar dann auf der linken Seite des Bindearmes (jenseits der Kreuzung) am untern innern Rande des Haubenkerns bis zum Thal. opt. hinauf erkennen.

In dieser ganzen Ausdehnung erschien der Fleck von gleichmässig, rundlicher Gestalt, während er in der Gegend des Corpus dentat. cerebelli diffuser, von strahligem Aussehen sich gestaltet, und dabei nach Karmintinction nicht mehr die intensive Röthe, wie weiter oben, zeigte.[1]

Die mikroskopische Untersuchung liess in diesem Fleck nur eine geringe Zahl von Nervenfasern erkennen, dagegen vereinzelte Körnchenzellen und Spinnenzellen und ein verdichtetes Netz der Grundsubstanz.

Der linke Haubenkern zeigte sich etwas verkleinert gegen den rechten, ohne dass die mikroskopische Untersuchung Besonderheiten erkennen liess.

6. Im Rückenmark erschienen die Pyramidenseitenstränge, und zwar auf beiden Seiten, ziemlich gleichmässig in grösster Ausdehnung, die Hinterstränge und zwar sowohl die Goll'schen, wie die Burdach'schen in mässiger Ausdehnung, besonders nach der Peripherie hin, grau degenerirt. Die Degeneration der Pyramidenseitenstränge war durch den Pons nur undeutlich zu verfolgen; dagegen erschien am Fuss des linken Hirnschenkels eine nicht deutlich zu umschreibende Degeneration, der rechte Hirnschenkel erschien vollständig normal.

Epicritische Bemerkungen.

1. Nicht zweifelhaft erscheint, dass die halbseitige Lähmung der rechten Körperhälfte mit dem Bluterguss im linksseitigen Pulvinar coincidirte. Man

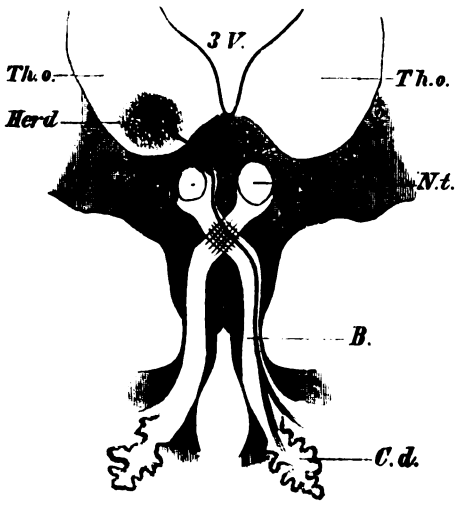
[1] Die Präparate wurden in der Ges. f. Psych. u. Nervenkrkht. demonstrirt; s. dies Centralbl. Nr. 10. S. 238.

Digitized by Google

wird jedoch Bedenken tragen, beide in directen Zusammenhang mit einander zu bringen, der Druck auf die benachbarte innere Kapsel, der im weiteren Verlauf die secundäre Degeneration zur Folge hatte, ist als das vermittelnde Glied zu betrachten.

Mit noch grösserer Sicherheit dürfte nach den bisherigen Erfahrungen die Hemianaesthesie und die Hemiopie, zumal sie vorübergehender Natur waren, auf vorübergehende Druckwirkungen im Gebiete des hintersten Theils der innern Kapsel zurückzuführen sein. In ähnlicher Weise ist auch die zuerst vorhandene Aphasie zu betrachten.

2. Dem Blödsinn entspricht die besonders im Stirnhirn ausgeprägte Atrophie der linken Hemisphäre. Man pflegt derartige Atrophien bei Herderkrankungen bes. nach Hirnapoplexien als secundäre und ihre Entstehungsweise als dunkle zu bezeichnen. In diesem Falle, wie in andern, die ich untersucht habe, handelt es sich um einfache Atrophien in Folge von Verschluss und Untergang einer grossen Anzahl von Capillaren, Es hat also die Atrophie mit dem Herde direct nichts zu thun, beide sind Folge einer Erkrankung des Gefässsystems.



Erklärung der Figur (schematisch).

3 V. = 3: Ventrikel.
Th.o. = Thalam. optic.
N.t. = Nucleus tegmenti.
B. = Bindearm.
C.d. = Corp. dentat. cerebelli.
Der schwarze Strich bedeutet das degenerirte Bündel.

3. Die Erkrankung des Rückenmarks wird in Bezug auf die Affection der Pyramidenseitenstränge als absteigende Degeneration zu betrachten sein. Hier, wie in andern Fällen bleibt es unaufgeklärt, weshalb nicht nur der rechte, sondern auch der linke Pyramidenseitenstrang trotz der einseitigen cerebralen Affection erkrankte.

4. Was den Fall besonders bemerkenswerth macht, ist die Degeneration im linken Bindearm, die, soviel ich weiss, bisher nicht beobachtet worden ist. Dass es sich hier um einen Prozess handelt, der vollständig der secundären Degeneration entspricht, ergiebt neben den makroskopischen Befunden die mikroskopische Untersuchung. Die fortlaufende Schnittreihe zeigt als oberes Ende dieses (in der Figur schwarz gezeichneten) Degenerationsstreifens das Pulvinar, als unteres resp. hinteres Ende das Corp. dentat. cerebelli und dessen Umgebung. Wenn, wie in diesem Fall, jeder Anhaltspunkt für eine aufsteigende Degeneration fehlt, so würde damit der Beweis erbracht sein, dass ein Faserbündel des Bindearms motorischer Natur ist, und vom Pulvinar des Thal. opt. nach dem Kleinhirn geht. Forel nahm eine Einstrahlung des Bindearms in den

Digitized by Google

ventralen Theil des Thal. opt. an, ohne die Fasern genauer verfolgen zu können. Die Atrophie des rothen Haubenkerns lässt sich nur erklären, wenn man einen Zusammenhang desselben mit dem Bindearm annimmt; (gegen Forel, der eine solche Verbindung leugnet).

Ueber die physiologische Bedeutung dieses Bündels wird man im Augenblick, wo weder die des Pulvinar, noch die des Kleinhirns sicher gestellt sind, etwas Gewisses nicht sagen können; hängt ersteres mit dem Sehen, letzteres mit der Erhaltung des Körpergleichgewichts zusammen, so könnte das bezeichnete Bündel der Weg sein, auf dem unsere Körperhaltung resp. unsere Bewegungen nach den Eindrücken, die wir durch den Gesichtssinn erhalten, regulirt werden. Bei dem psychischen und körperlichen Zustande des Pat. konnte der vorliegende Fall nach dieser Richtung hin nicht verwerthet werden.

---

2. Ein Fall von circulärer Geistesstörung.

Beitrag zur Lehre von den cyclischen Psychosen.

Von Dr. **Schäfer**, früher Arzt der Heilanstalt zu Pankow.

(Schluss.)

Wir kommen nunmehr zu der Erörterung desjenigen Zustandes, welchen der Kranke nach der 40tägigen Melancholie darbot. — Ich habe denselben, ohne vorläufige Motivirung, als eine Reihe „abortiver Anfälle“ hingestellt, glaube jedoch, mich noch des Näheren darüber aussprechen zu müssen.

Wenn, wie bereits erwähnt, von einer Intermission in dem bisherigen Krankheitsverlaufe nicht die Rede war, so schien es, als ob nach dem Ablauf der langdauernden Melancholie eine solche eingetreten sei.

Die Frage von der Intermission oder dem lucidum intervallum ist bereits von den ersten Autoren, welche über die cyclische Psychose geschrieben haben, aufgeworfen worden. Obgleich Falret für die letztere als besonders charakteristisch die Unheilbarkeit hinstellt, glaubte er doch, dass in der Zeit zwischen zwei Anfällen eine Rückkehr zum Normalzustande eintrete; Baillarger dagegen, welcher zur „Folie à double forme“ auch solche Fälle rechnet, welche nur einen oder einige Anfälle darbieten der Art, dass der Manie ein depressiver Zustand folgt oder umgekehrt, und der auf diese Weise eine Kategorie der cyclischen Geistesstörungen für heilbar erklärt, ist bezüglich der „Intermission“ entgegengesetzter Ansicht und glaubt, dass die Krankheit während derselben fortbestehe. Die späteren Autoren, Meyer, Kirn, Krafft-Ebing etc., schliessen sich dieser Ansicht an.[1] Meyer fand, dass im Anfang der Intermission eine gewisse Passivität und ein launenhaftes Wesen, später eine rasch erwachende Lebenslust und Beweglichkeit hervorträte; jene ist nach ihm der Abklang der

[1] Trotzdem ist die Bezeichnung der „Intermission“ für dieses Stadium beibehalten worden. Es liegt darin ein innerer Widerspruch. Wenn die Krankheit intermittirt, zu Deutsch „aufhört“, nun, dann besteht sie eben nicht fort. Es sollte dieses Stadium vielmehr das der Remission, des Nachlasses der Krankheitserscheinungen, genannt werden.

Digitized by Google

Melancholie, diese der Beginn der Manie. Aehnlich äussert sich Kirn, welcher in der Intermission eine leichte Reizbarkeit wie Disposition zu Affekten findet.

Das Verhalten unseres Kranken erinnert sehr wohl an die von Meyer gegebene Beschreibung des Stadium intermissionis. Und doch vermag ich es nicht als eine Intermission aufzufassen. Während nämlich nach Meyer die Intermission im Wesentlichen aus zwei Stadien besteht, von denen das erstere die Nachklänge der Melancholie verräth, das zweite die Vorläufer der Manie repräsentirt, sich demnach je eine Stimmungsanomalie nur einmal documentirt, haben wir in unserem Falle eine ununterbrochene Kette sich stets wiederholender Stimmungsanomalien, gerade wie auf der Höhe der Krankheit. Nach Meyer hebt sich die Stimmung von der tiefen Melancholie beginnend ununterbrochen und stetig bis zum Beginn der ausgesprochenen Manie, hier oscillirt sie gleichsam in der Mitte des Weges, ohne sich weder nach der einen noch nach der anderen Seite erheblich von der Mittelstrasse des Normalen zu entfernen. Die Oscillationen sind unbedeutend, behalten aber den Typus bei, den sie während des ausgebildeten Krankheitsverlaufes inne hatten. Wir haben also hier im Wesentlichen etwas ganz Anderes, als bei der Intermission, und darum habe ich es als eine „Reihe abortiver Anfälle" bezeichnet.

Die angeführte Ueberlegung legte mir nun noch eine Möglichkeit nahe, welche für die Beurtheilung des Krankheitsverlaufes nicht ohne Interesse ist. Wir haben gesehen, dass der Knabe im 10. Jahre einen Anfall von Manie durchmachte, erst im 18. Jahre sich eine Melancholie einstellte, welche sich im folgenden erneuerte und dann erst der ausgebildeten Psychose Platz machte. In der Zwischenzeit giebt der Kranke an, dass er seines Lebens nie recht froh geworden wäre, dass er ein sehr wechselvolles Schülerleben durchgemacht hätte etc. Sollte da nicht die Annahme erlaubt sein, dass es sich auch in dieser Zeit um eine laufende Reihe abortiver Anfälle gehandelt habe?

Es geht nicht an, aus dieser einen Beobachtung einen verallgemeinernden Schluss zu ziehen; indessen möchte ich doch nicht unterlassen, bei weiteren Beobachtungen die Aufmerksamkeit auf folgenden Punkt zu lenken: Wie bereits erwähnt, hat Meyer zuerst hervorgehoben, dass häufig dem vollen Krankheitsbilde der cyclischen Psychose ein Anfall von Melancholie, seltener Manie, welcher geheilt wurde, jahrelang vorausgehe. Der von mir beobachtete Fall legt mir die Möglichkeit nahe, dass es sich vielleicht auch in analogen Fällen nicht so sehr um eine Heilung, als vielmehr um ein Stadium abortiver Anfälle, welches bei dem Mangel der Beobachtung von Seiten der Umgebung und der auf diesen Punkt gerichteten Aufmerksamkeit als Genesung imponirte. Es wäre dann der innere Zusammenhang der initialen mit der späteren Psychose hergestellt und der Charakter der Unheilbarkeit der Psychose träte erst in das rechte Licht. — Ebenso würden sich vielleicht jahrelange „Intermissionen", wie sie namentlich bei kurzdauernden Anfällen beobachtet wurden, bei genauer Beobachtung als Stadien abortiver Anfälle entpuppen. — Anamnese und Beobachtung werden über das Zutreffende meiner Vermuthung vielleicht in späteren Fällen Aufklärung verschaffen.

Digitized by Google

Wie verhielt sich nun der Puls in diesem Stadium? Was zunächst die Frequenz anlangt, so erreichte dieselbe während dieser ganzen Zeit niemals die geringen Zahlen der ausgebildeten Melancholie, noch auch die hohen der Manie,[1] sie hielt sich vielmehr stets etwas über der Norm und schwankte zwischen 84 und 96, erreichte nur ganz ausnahmsweise einerseits 76, andrerseits 100.

Die Beschaffenheit des Pulses aber mag folgende Curve illustriren:

Fig. 10.

Er stellt einen katatrikroten Puls dar, dessen Elasticitätselevation etwa in dieselbe Höhe, wie am normalen Pulse fällt, und der sich von dem Normalpulse nur dadurch unterscheidet, dass die Rückstosselevation statt in der Mitte am Beginne des unteren $^1/_4$ Theiles des absteigenden Schenkels sich einstellt.[2] Einen der Norm noch mehr sich nähernden Puls habe ich niemals finden können, ebensowenig aber waren die höheren Grade der Pulsspannung oder -Entspannung während dieser Zeit abortiver Anfälle zu finden. Wir sehen demnach auch hier jene Uebereinstimmung des psychischen Verhaltens mit denjenigen des Pulses, welche für die ursächliche Zusammengehörigkeit beider spricht: wie das geistige Leben während der abortiven Anfälle sich nur wenig von der Norm entfernt, ebenso zeigt der Puls nur geringe Abweichungen von derselben.

In Anbetracht des Umstandes, dass der in Fig. 10 dargestellte Puls sich mit derjenigen Stimmung deckte, welche der psychischen Gleichgewichtslage am meisten gleichkam, haben wir die Berechtigung, ihn als den „Normalpuls unseres Kranken" im Sinne Wolff's angesehen. Ich hebe dies besonders hervor, weil bekanntlich Wolff[3] auf Grund seiner sphygmographischen Untersuchungen zu dem Ausspruch gelangte, dass der „Normalpuls der Geisteskranken" der Pulsus tardus wäre. Ohne bei dieser Gelegenheit die Wolff'schen Untersuchungen einer näheren Beleuchtung zu unterwerfen, möchte ich nur die Thatsache constatiren, dass bei dem vorliegenden Falle psychischer Störung der „Normalpuls des Kranken" vom tarden weit entfernt war.

Es erübrigt nun noch, der beiden somatischen Complicationen zu gedenken, von welchen bereits des Oefteren die Rede war, des Herpes und des Asthmas. — Bezüglich der Zeit des Auftretens fällt vor Allem ins Gewicht, dass sie stets in die maniakalische Periode fallen; der Herpes zwar nicht ausnahmslos, das Asthma dagegen ausnahmslos in jede solche. Keine von diesen beiden somatischen Complicationen ist auch nur ein einziges Mal während der melancholischen Periode beobachtet worden. Dasselbe Verhältniss, wie es sich während des Anstaltsaufenthaltes herausstellte, ist auch für die Ver-

[1] Eine Ausnahme boten nur die Zeiten, in denen sich Asthma einstellte.

[2] Eine Annäherung des in Fig. VII dargestellten Pulses an den obigen ist unverkennbar.

[3] Die Pulsuntersuchung bei Geisteskranken. Zeitschr. f. Psych. etc. Bd. XXV ff.

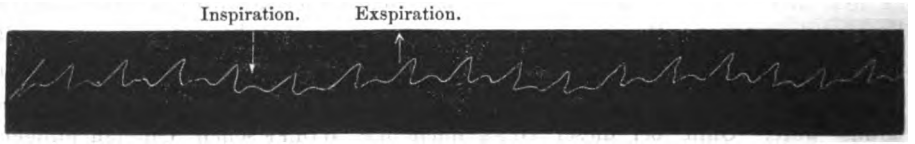
Digitized by Google

gangenheit des Kranken im höchsten Grade wahrscheinlich, wenigstens bezüglich des Asthmas. Schon die initiale Manie war von einem asthmatischen Anfalle begleitet und für die spätere Zeit erzählt der Kranke in sehr charakteristischer Weise, dass, wenn er am lustigsten war, er schon im Voraus wusste, dass er dafür durch einen Asthmaanfall büssen würde, während er niemals asthmatische Beschwerden in der Zeit gehabt hätte, in der er zu Bette lag.

Was die Hautaffection anbetrifft, so beschränke ich mich darauf hervorzuheben, dass nach Kiebn[1] im maniakalischen Stadium Exantheme beobachtet worden sind, und zwar namentlich Urticaria, ausserdem Pruritus. Herpes dagegen finde ich in der Literatur nicht verzeichnet. — Ebensowenig scheint die Complication mit Asthma bisher je beobachtet worden zu sein.

In Folge der angeführten Coincidenz von Manie einerseits, und Herpes und Asthma andererseits liegt die Annahme nahe, dass auch die letzteren den veränderten Circulationsverhältnissen ihre Entstehung verdanken. Für den Herpes dürften weitere Beobachtungen nach dieser Richtung erwünscht sein; mir ist es nicht gelungen, eine Beobachtung zu finden, in welcher vasoparalytischen Zuständen ein Platz in der Pathogenese des Herpes eingeräumt wird. — Hinsichtlich des Asthmas dagegen werden wir uns ohne Weiteres diejenige Theorie für unseren Fall vindiciren, welcher in einer Vasoparalyse das ätiologische Moment für das Asthma sieht (cf. Verhdlg. d. med. Ges. zu Berlin, Berl. klin. Woch. 1881. S. 424 ff.). Es dürfte die Curve während eines asthmatischen Anfalles von Interesse sein und ich lasse eine solche folgen; wir sehen in derselben die höchsten Grade der Pulsentspannung, vorzüglich während der Inspiration, indem hier der Puls sogar die Gestalt des überdikroten annimmt.

Fig. 11.



1. April. Asthma. Puls 128.

Wir kommen nunmehr zu der letzten Gruppe von Beobachtungen, welche sich auf die Therapie bezieht. Nach der gewonnenen Anschauung von dem Wesen unserer Krankheit, lag nichts näher als ihre Verwerthung zu therapeutischen Versuchen. Da unser Arzneischatz keinen Mangel an Medikamenten aufweist, denen ein Einfluss auf die Spannung der Arterien zugeschrieben wird, ergab sich die Nothwendigkeit des Versuches mit den Mitteln, welchen eine relaxirende Wirkung auf den Tonus der Gefässmusculatur zugeschrieben wird, für die Melancholie und mit denjenigen, welche die Spannung der Gefässe erhöhen sollen, für die Manie. Wem drängt sich da nicht das Amylnitrit, resp. das Ergotin in erster Reihe auf! Von ersterem wissen wir, dass es unter Beschleunigung der Herzaction die Gefässspannung so sehr herabzusetzen vermag,

[1] l. c. S. 32.

Digitized by Google

dass aus einem normal gespannten ein unterdikroter, dikroter, ja unter Umständen überdikroter und monokroter Puls wird; es war anzunehmen, dass es einen übermässig stark gespannten Puls etwa auf die normale Spannung zu reduciren im Stande sein würde. Das Resultat ergaben folgende Curven:

Fig. 12.

Vor der Inhalation: Puls 68.

Fig. 13.[1]

Während der Inhalation: Puls 104.

Das psychische Verhalten blieb unberührt; es ist auch die Wirkung der Amylnitritinhalation viel zu transitorisch, als dass besondere Erwartungen nach dieser Seite gerechtfertigt sein könnten.

Bezüglich aller anderen Medikamente aber kann ich mich ausserordentlich kurz fassen: sie waren, das Morphium ausgenommen, sowohl auf die Beschaffenheit des Pulses, als auf das psychische Verhalten vollkommen wirkungslos. Namentlich auffallend war die absolute Reactionslosigkeit auf das Pilocarpin, welches nach Bardenhewer[2] und Riegel[3] ein bedeutendes Sinken der Arterienspannung herbeiführen soll. Pulsbeschleunigung, Salivation und Schweisssecretion traten wohl ein, von einer Pulsentspannung war jedoch nichts zu merken. Ebensowenig war vom Kampher, welcher die vasomotorischen Centren lähmen soll,[4] ein Einfluss auf die Gefässspannung ersichtlich, endlich erwies sich auch das Atropin in letzterer Hinsicht wirkungslos, obgleich — nach einer vorübergehenden Pulsverlangsamung[5] — sich eine erheliche Beschleunigung des Pulses einstellte (von 68 auf 104 p. M.).

Was nun das Morphium anbetrifft, so wurde es zunächst im melancholischen

---

[1] Die Identität dieses, mit dem in Fig. 10 als „Normalpuls unseres Kranken" aufgestellten Pulse ist ersichtlich. Es ist ein äusserst bemerkenswerthes Verhalten, dass der seine abnorm hohe Spannung einbüssende Puls nicht eine normale Configuration annimmt, sondern in die dem Kranken eigenthümliche Form übergeht. Es scheint demnach der Puls überhaupt die Fähigkeit verloren (oder niemals besessen) zu haben, einen Spannungszustand zu erlangen, welcher dem des normalen Menschen entspricht. Vielleicht liegt darin eine physiologische Basis für das unfassbare Etwas, was wir Disposition zu nennen pflegen.

[2] Berl. klin. Wochenschr. 1877. S. 8 ff.

[3] l. c. S. 28.

[4] Nothnagel u. Rossbach, Handb. der Arzneimittellehre. 3. Aufl. S. 517.

[5] ibid. S. 658.

Digitized by Google

Stadium angewandt. Statt der erwarteten Relaxation machte sich indessen eine noch erhöhtere Pulsspannung nach einer Dosis von 0,012 bemerkbar; gleichzeitig aber trat — nach einer vorübergehenden Pulsbeschleunigung bis auf 72 — eine Verlangsamung des Pulses von 64 vor der Injection auf 56 nach 10 Minuten ein. In Folge dieser Beobachtung musste das Morphium als für die Melancholie ungeeignet angesehen werden, dagegen zeigte es alle diejenigen Wirkungen, welche für die Behandlung der Manie als wesentlich gelten mussten. Jedenfalls ist unsere Beobachtung sehr wohl geeignet, zu weiteren Versuchen mit kleinen Dosen Morphium im Exaltationsstadium anzuregen. Besonders nützlich erwies sich das Morphium während der asthmatischen Anfälle: neben einer Verlangsamung der Respiration und einer — allerdings nur geringen — Verlangsamung der Pulsfrequenz trat eine merklich erhöhte Gefässspannung zu Tage; dem entsprach das wesentlich bessere subjective Befinden des Kranken nach der Injection. — Das Gesagte mag durch folgendes Curvenpaar illustrirt werden:

Fig. 14.

Asthma den 17. Juli 1881 Vormittags. Vor der Injection: Resp. 21; Puls 112.

Fig. 15.

15 Minuten nach Injection von Morphium 0,015: Resp. 18; Puls 108.

Dagegen erwies sich das Ergotin, auf welches wir a priori für die Manie die meisten Erwartungen concentrirt hatten, vollkommen wirkungslos bezüglich der Gefässspannung;[1] die Pulsfrequenz nahm unmittelbar nach der Injection um 4—8 Schläge ab, erreichte jedoch nach 20 Minuten wiederum die frühere Höhe.

Endlich ist mit Rücksicht auf die enorme hohe Pulsfrequenz einmal Digitalis angewandt worden und zwar in der Zeit vom 29. März bis 3. April. Es sind in diesen Tagen 6·0 Gr. Digitalis als Infus verbraucht worden. Während innerhalb dieser fünf Tage eine besondere Digitaliswirkung weder an der Pulsfrequenz noch an der Curve bemerkbar war, begann am fünften Tage die ungewöhnlich lange dauernde Melancholie, mit welcher die typischen Anfälle ihren Abschluss fanden. Ob der Digitalis ein Einfluss auf den Verlauf der Psychose zugeschrieben werden darf, muss zweifelhaft erscheinen; immerhin dürfte in

[1] Zu denselben Resultaten gelangt Hermanides: Die subcutane Injection von Ergotin. Berl. klin. Woch. 1880. S. 598 ff.

Digitized by Google

analogen Fällen ein Versuch mit diesem Medikamente, am Platze sein. Für uns lag während des weiteren Krankheitsverlaufes, der in seiner abortiven Form der denkbar günstigste war, keine Veranlassung zu weiteren Versuchen mit dieser Medikation vor.

Zum Schlusse fühle ich mich veranlasst, dem damaligen dirigirenden Arzte der Anstalt, Herrn Dr. Rabow, meinen ergebensten Dank für die Ueberlassung des Falles auszusprechen.

II. Referate.

Anatomie.

1) Ueber den häufigen Mangel dorsaler Rückenmarkswurzeln beim Menschen von Adamkiewicz (Virch. Arch. LXXXVIII. S. 388).

Unter 16 Rückenmarken fand A. nur 3 welche 31 Wurzelpaare besassen. In 43% fehlten vordere, in 19% hintere, in 19% hintere und vordere Wurzeln eines Nerven und zwar vorzugsweise in der oberen Hälfte des Brustmarks.

Tuczek.

---

2) The segmental value of the cranial nerves by Milnes Marshall. Prof. d. Zoologie in Cambridge. (Journ. of anat. and physiol. XVI. 3. April 1882, p. 305 – 354 u. Taf. X.)

Während man früher sich bemühte, die Gehirnnerven in Beziehung zu bringen mit den einzelnen Wirbelanlagen des knöchernen Schädels, sucht die neuere entwicklungsgeschichtliche Forschung die segmentäre (oder metamere) Bedeutung derselben in ihrer Analogie mit dem Spinalnerven und in ihrem Verhältniss zu den Visceralbögen und -spalten. Nach einer historischen Uebersicht (Stieda, Stannius, Gegenbaur, Balfour u. A.) und kritischen Besprechung noch bestehender Controversen stellt Verf. zunächst an der Entwickelung der spinalen Nerven die Kriterien eines „segmentären Nerven" fest und legt dann diesen Maassstab an die Entwickelung der einzelnen Hirnnerven bei verschiedenen Klassen der Wirbelthiere. Er kommt dabei zu folgendem Resultate. Die segmentären Nerven entwickeln sich sehr früh aus der dorsalen Fläche des Medullarrohrs (hintere Wurzelanlage) und vereinigen sich dann mit später entstehenden seitlichen Auswüchsen (vordere Wurzelanlage); sie gehen ungefähr rechtwinklig vom Medullarrohr ab, versorgen je 2 Visceralbögen, also je 1 Visceralspalte, und schliessen ein Ganglion ein. Der Olfactorius entsteht aus der dorsalen Firste des 1. Gehirnbläschens und wird erst später von der Hemisphäre überwuchert; der Riechlappen ist eine secundäre Bildung. Er trägt alle Charaktere eines segmentären Nerven, schliesst bei niederen Vertebraten auch Ganglienzellen ein; er versorgt die vorderste Kopfspalte (Riechspalte). Der Opticus ist als directer Auswuchs des vorderen Hirnbläschens ein Nerv sui generis. Die Augenmuskelnerven, die bei niederen Wirbelthieren mannichfach verschmelzen, sind in ihren Ursprüngen durchaus von einander unabhängig. Der Oculomotorius und der Trochlearis bilden zusammen einen segmentären Nerven; sie entstehen aus dem mittleren Hirnbläschen und versehen die Lacrymalspalte. Der Trochlearis entspricht einer hinteren Wurzel und enthält bei niederen Vertebraten auch sensible Fasern. Der Trigeminus ist ein durchaus selbstständiger segmentärer Nerv und der Mundspalte zuertheilt (Ober- und Unterkieferbogen). Verschmelzungen mit Augenmuskelnerven und dem Facialis, wie sie bei niederen Klassen vorkommen, sind secundärer Natur. Der Abducens gehört als vordere Wurzel zum Facialis; sie repräsentiren zusammen

Digitized by Google

den Nerven für die Hyomandibularspalte (Unterkiefer- und Zungenbeinbogen). Der Acusticus ist ein Theil des Facialis. Der Glossopharyngeus ist der segmentäre Nerv für die 1. Kiemenspalte (Zungenbein und 1. Kiemenbogen) der Vagus versieht die 6 folgenden Kiemenspalten, ist also ein zusammengesetzter Nerv. Der Accessorius und Hypoglossus sind in der Wirbelthierreihe durchaus inconstant.

Tuczek.

Experimentelle Physiologie.

3) Sur le temps perdu de la Contraction d'ouverture par A. Waller, London. (Archives de Physiologie. 1882. 3.)

Verf. hatte gefunden, dass im menschlichen Nerven die latente Zeit der Oeffnungszuckung viel länger dauerte, als die der Schliessungszuckung. Dadurch wurde er zu weiteren Versuchen geleitet und fragte sich, ob dies eine Persistenz des anelectrotonischen Zustandes nach der Oeffnung des Stromes andeute.

Diese Persistenz hat er durch folgenden Versuch bewiesen: Ein galvanischer und ein faradischer Strom (letzterer mit 200 Unterbrechungen in der Secunde) werden in einem Kreis derart in Verbindung gebracht, dass die explorative Electrode die galvanische Anode und die faradische Kathode enthält. — Ihre respective Stärke wird so geregelt, dass der anelectrotonische Einfluss des galvanischen Stromes den tetanisirenden Effect des faradischen aufhebt. Der galvanische Strom wird dann durch Derivation abgeleitet, und die Contraction graphisch registrirt, welche nach physiologischem Freiwerden des faradischen Stimulus auftritt. — Verfassers graphische Contractionscurven zeigen, dass der anelectrotonische Zustand noch 0·05 Sec. nach Oeffnung des galvanischen Stromes dauern kann. Die latente Zeit der Oeffnungszuckung dauert 0·04 Sec. länger als die der Schliessungszuckung. M.

Pathologische Anatomie.

4) Some of the pathological conditions in the Medulla and Oblongata in a case of locomotor ataxia (tabes dorsalis) by Sims Woodhead. (Journ. of anat. and physiol. XIV. 3. April 1882, p. 364—390 a. Taf. XI.)

W. untersuchte die Oblongata und das oberste Halsmark in einem Fall von Tabes mit sehr ausgedehnter grauer Degeneration der Hinterstränge und Affection der Kleinhirnseitenstrangbahnen. Er beschreibt in den erkrankten Partien Veränderungen der Nervenfasern, speciell der Axencylinder analog den Befunden bei acuter traumatischer Myelitis (s. Stricker's Vorles. S. 591) und bei Neuritis parench. peripherer Nerven infolge von Bleivergiftung und Infectionskrankheiten: Anschwellung und segmentweise Abschnürung des Axencylinders mit Vacuolenbildung („colloïde Degeneration") dann Zerfall zu feinkörnigen kernhaltigen Stücken, schliesslich Fettdegeneration und Resorption der Fettkörnchen. All diese Stadien habe er nebeneinander an Quer- und Längsschnitten in der Kleinhirnseitenstrangbahn verfolgen können, aber auch im Hinterstrang, obgleich daselbst die Atrophie der Nervenfasern und Zunahme des interstitiellen Gewebes sehr bedeutend waren; ferner habe er die „colloïden Körper" nachweisen können in der aufsteigenden Trigeminuswurzel, in den sensorischen Kernen der gemischten Nerven, im Corpus restiforme, in dem Schleifenarm zum hinteren Vierhügel, im N. acusticus, im N. opticus, Chiasma und Tractus opticus. (Ueber die Präparationsmethode erfahren wir nichts). Die Schlüsse, die er aus diesen Befunden zieht, sind sehr weitgehend. Für ihn beginnt der tabische Prozess als Degeneration der Axencylinder in den peripheren und centralen sensiblen und sensorischen Bahnen (eine ähnliche Auffasssung hat schon Pierret entwickelt; s. das Referat über die Tabes-Discussion in London; No. 9 dies. Centralbl.) Die Wucherung des inter-

Digitized by Google

stitiellen Gewebes sei das Secundäre und begünstigt durch den aufgehobenen Widerstand gegen das Wachsthum wegen des Schwundes der Nervenfasern. Die Ataxie ist die Folge der theils unterbrochenen, theils verlangsamten sensiblen Leitung. (Theorie von Takacz, den W. nicht erwähnt); in ähnlicher Weise werden die Augenmuskelstörungen als atactische Symptome auf die Veränderungen im Opticus und Trigeminus zurückgeführt. Für die Farbenblindheit, Gesichtsfelddefecte, reflectorische Pupillenstarre und Schwerhörigkeit der Tabiker sind ihm die gefundenen Veränderungen ein ausreichendes Substrat. Per analogiam wird der Schleifenarm zu den hinteren Vierhügeln als sensorisch bezeichnet und ihm die Rolle einer Leitungsbahn von der Peripherie zum Opticus durch die Vierhügel zuertheilt. Die ausführliche Mittheilung des Falls, auch nach seiner klinischen Seite, wird angekündigt.

Tuczek.

---

5) Ein Verbrechergehirn von David Ferrier. (Brain. April 1882.)

Die früher immer gesunde und intelligente Frau wurde nach der Geburt ihres ersten Kindes rechtsseitig hemiplegisch und aphasisch. 3 Jahre später ermordete sie ihre 2 Kinder. Unzurechnungsfähig erklärt kam sie 1872 nach Broadmoor. Ausser der rechtsseitigen Hemiplegie und Paraphasie zeigte sie dort epileptische Anfälle, psychisch Dementia mit abwechselnd melancholischer und reizbarer Stimmung. 1881 ging sie an Lungenphthisis zu Grunde.

Section: Schädel symmetrisch. Rechte Hemisphäre normal. Die vordere Hälfte der linken Hemisphäre war durch eine Cyste ersetzt. Es fehlte total: der Gyr. frontal sup. (mit Ausnahme des medialen Theils), medius und inferior; die Insel, der Gyr. centralis anterior und posterior; ebenso die vorderen 3 Viertel des Gyr. temporal. sup. und die vordere Hälfte des Gyr. temp. med. Ausserdem erhebliche Atrophie des Gyr. supramarginalis und zum Theil des Gyr. angularis. Der Fuss des Crus cerebri war in seinen innern 2 Dritteln atrophisch. Der rechte Pyramidenstrang war 5 mm, der linke nur 2 mm breit. Atrophie der rechten Hälfte des Cerebellum, die nur halb so gross, wie die linke. Die Purkinje'schen Zellen zum Theil ganz verschwunden; die Kleinhirnrinde links beinahe 5 mal so dick, als rechts. Pedunc. cerebelli superiores und inferiores normal, dagegen war der rechte mittlere Pedunculus beträchtlich dünner, als der linke. (Verticaler Durchmesser links 1,3, rechts 0,8 cm.) Corp. callos. war nur eine dünne Membran, am Splenium normal. Keine Spur von Corp. striatum am Boden des linken Ventrikels. Verf. bemerkt zu diesem höchst merkwürdigen Befunde, dass man solch' grosse Defecte gewohnt ist, der Agenesie zuzuschreiben, während sie hier bei einer Erwachsenen entstanden sind, und zwar wahrscheinlich in Folge einer Embolie der Art. cerebral. media, deren Ausbreitungsbezirk mit dem der defecten Stellen übereinstimmt.

Die motorischen Lähmungen resp. Paresen während des Lebens stimmten mit den path. anatom. Veränderungen. Dass die Pat., die zuerst vollständig aphasisch war, später die Sprache, wenn auch sehr beschränkt, wiedererhielt, trotzdem die linke Insel fehlte, führte Verf. auf die Compensation durch die rechte Hemisphäre zurück und weist auf einen ähnlichen Fall von Batty Tuke und Fraser (Journ. of mental science. April 1872) hin. Die Intactheit der Sensibilität zeigte, dass in den zerstörten Hirntheilen nicht die Centren jener zu suchen sind. Die Schwächung der Intelligenz hängt mit der Zerstörung des Stirnhirns zusammen. Die secundäre Degeneration entspricht den gewöhnlichen Verhältnissen. Wichtig ist die rechtsseitige Atrophie des Kleinhirns, die die Verbindung des Kleinhirns mit der entgegengesetzten motorischen Region des Grosshirns zeigt; die Atrophie des rechten Pedunculus cerebelli medius steht in Einklang mit der Meynert'schen Angabe, dass diese Pedunculi zu den Pyramidensträngen der entgegengesetzten Hemisphäre führen.

Digitized by Google

Für die Erklärung einzelner specieller Functionen eignet sich der Fall einmal wegen des zu ausgedehnten Defects, andererseits wegen der nur mangelhaften Krankengeschichte nicht. M.

Pathologie des Nervensystems.

6) Intermittent spinal paralysis of malarial origin by V. P. Gibney. (The American Journal of neurology and psychiatry. Nr. 1. February 1882.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von atrophischer Spinallähmung, welche den befallenen Muskelgruppen nach dem Bilde der Poliomyelitis anterior entsprechen, sich aber dadurch von ihr unterscheiden, dass die Lähmung wiederholt und anfallsweise auftritt und jedesmal nach relativ kurzer Zeit wieder verschwindet. Als Ursache weist G. Malariainfection nach; jedesmal geht dem Auftreten der Lähmung ein Fieberanfall voran, bisweilen sehr heftiger Natur und verbunden mit grosser Unruhe und leichten Delirien.

Im ersten Falle handelt es sich um einen 7jährigen Knaben. Einige Tage nach dem Fieberanfall tritt unter heftigen Muskelschmerzen eine Lähmung aller 4 Extremitäten auf; unter dem Gebrauch hoher Dosen Chinin nach 8 Tagen bedeutende Besserung. 14 Tage darauf erneuter Fieberanfall und 2. Auftreten vollständiger Extremitätenlähmung; nach 4 Monaten vollständige Heilung unter Meidung der Malariagegend und Gebrauch von Chinin und Electricität. Rückkehr nach dem Infectionsort; 3 Wochen danach 3. Attake der Lähmung und Heilung nach 3 Wochen auf dieselbe Weise. Nach 4monatlichem Aufenthalte zu Hause 4. Auftreten der Lähmung, welche nach 6monatlicher Behandlung nicht vollständig verschwunden ist. Nach halbjährigem Aufenthalte zu Hause 5. Lähmungsattake und fast vollständige Heilung nach 2 Monaten. Das letzte Mal zeigte sich dabei eine Desquammation an den untern Extremitäten, ähnlich derjenigen nach Scharlach.

Der zweite Fall betraf einen 6jährigen Knaben. Nach 6 Wochen anhaltende Malariaerscheinungen, Lähmung aller 4 Extremitäten und Heilung in wenigen Wochen. 2 Jahre darauf erneuter Fieberanfall mit folgender Lähmung und Heilung nach 5 Monaten. In diesem Falle trat die Lähmung nicht plötzlich, sondern allmählich ein.

Verf. weist darauf hin, dass in diesen Fällen an eine Myelitis nicht zu denken sei, und vermuthet, dass es sich um eine active Hyperämie handele, welcher eine passive folge; die letztere bewirke wahrscheinlich Oedem. Wie er sich das denkt, darüber spricht er sich nicht ganz klar aus. Gnauck.

7) Perforating Ulcer of the foot, and dysatrophic articular changes in locomotor ataxia: their pathology and surgical treatment by Frank Dudley Beane. (Philadelphia medical times. April 8. 1882.)

Zusammenstellung der einschlägigen Literatur im Anschluss an einen letal endigenden Fall von perforirenden Fussgeschwür mit umfänglicher Knochennecrose etc. bei einem Tabiker (keine Obduction). Smidt.

8) Drei Fälle von Tuberkelgeschwülsten im Mittel- und Nachhirn. Von Prof. Heubner, Leipzig. (Arch. für Psych. Bd. XII. 3. 1882.)

1. Fall. Ein Knabe aus phthisischer Familie fing gegen Ende des ersten Lebensjahres an abzumagern, bekam an mehreren Phalangen Spina ventosa, weiterhin kamen Krämpfe, leichte Zuckungen der Extremitäten mit Aufschreien und Zähneknirschen. Von Anfang April 1880 an fast täglich mehrmals Krampfanfälle, die sich stets durch tonische Contractionen der Streckmuskeln der Extremitäten und durch fortwährendes Hin- und Herrollen der Bulbi (ohne klonische Zuckungen) charakterisirten, in kurzdauernden Paroxysmen, aber zuweilen recht häufig sich wiederholten. Geringe Parese

Digitized by Google

im rechten untern Facialis, geringe linksseitige Ptosis, die aber wieder verschwand, keine Lähmungen an den Extremitäten. Puls variabel in der Frequenz, ohne Verlangsamung, lässt öfter eine leichte Irregularität wahrnehmen. Vom 3. April an geringes remittirendes Fieber, an den beiden letzten Tagen vor dem Tode zu beträchtlicher Höhe ansteigend (bis 41,8). Im weiteren Verlauf trat einmal anhaltender Singultus, ab und zu zwangsartige Bewegungen des Kopfes, der bulbi auf. Am 16. April fortwährende Krampfanfälle, nystagmusartige Bewegungen der Augen, linke Pupille enger als die rechte, beide reagiren. Am Abend des 17. April Tod.

Bei der Sektion zeigte sich die Pia völlig frei von Exsudat, die linke Hälfte der Med. oblongata vom hintern Brückenrand bis zum Übergang des Bulbus ins Rückenmark durch eine leicht höckerige Geschwulst (Tuberkel) von Nussgrösse ersetzt, die nach Innen überall von einer dünnen Schicht erweichter Hirnsubstanz umgeben ist.

Die genauere Untersuchung des gehärteten Präparats ergab, dass durch den Tumor und die umgebende Erweichung zerstört waren: in den oberen Parthieen das Feld der Oblongatahälfte, das zwischen aufsteigender Trigeminuswurzel, den obersten Hypoglossuswurzeln, Olive und Fibrae arcuatae gelegen; etwas nach abwärts ist die Olive durch den Tumor zerstört, erweicht nach hinten ein zwischen aufsteigender Trigeminuswurzel, Corp. restiforme, grauen Kernen des Ventrikelbodens und Hypoglossuswurzeln befindlicher Theil des motorischen Feldes, nach vorn die linke Pyramide zum grössten Theil. Im untersten Viertel ist die linke Hälfte der Medulla oblongata beinahe in ihrem ganzen Querschnitt im Tumor untergegangen, also unteres Ende des Hypoglossus- und Vaguskerns, das Respirationsbündel, das ganze seitliche motorische Feld, der Strickkörper, die Hypoglossuswurzeln; auch die ganze rechte Hälfte der Oblongata hier deutlich weicher. Die untere Pyramidenkreuzung bildet die untere Grenze der Veränderung. Im obern Halsmark keine Spur von secundärer Degeneration.

In der Epikrise macht Verf. auf das auffällige Missverhältniss aufmerksam zwischen Grösse der Zerstörung, die sich successive auf die ganze eine Hälfte der Med. oblong. erstreckte, und das Fehlen motorischer Lähmung. Entweder müsse man annehmen, dass die rechte intakte Medullahälfte so viele sich kreuzende motorische Fasern führte, dass die Bewegungsimpulse für beide Körperseiten in genügender Weise durch diese eine Hälfte fliessen konnten, oder dass die fast zerstörte Hälfte des Bulbus doch noch leistungsfähige motorische Fasern enthielt. Das letztere sei wahrscheinlicher.

Die einzige deutlich vorhandene Lähmungserscheinung im rechten Facialis bietet der Erklärung Schwierigkeit. Die Krämpfe und Zwangsbewegungen müssen auf den Herd der Medulla bezogen werden; erstere hatten nicht den gewöhnlichen eclamptischen Charakter, sondern bestanden in kurzen tonischen Spannungen. Verf. glaubt sie zurückführen zu dürfen auf die Reizung der Haubenbahn in der Med. oblong.; sie würden dann als reflectorisch angeregt und durch oberhalb liegende Centren ausgelöst zu betrachten sein.

2. Fall. Ein $\frac{1}{2}$jähriger Knabe bekam nach c. 14tägigen Prodromalsymptomen am 12. Januar 1881 Erbrechen, das auch an den folgenden Tagen sich wiederholte. Am 13. trat Strabismus int. des rechten Auges hinzu, das Sensorium war ab und zu benommen, Nachts viel Unruhe vorhanden. Temperatur stets febril. Der Puls öfter etwas irregulär, nicht verlangsamt.

Am 17. Januar keine Lähmungen, im rechten Fuss fortwährend leichte Zuckungen Pupillen mittelweit, gleich, reagiren gut. Patellarreflex links stark, rechts undeutlich. Kopf stark nach hinten gezogen.

Am 19. Januar. Strabismus int. auch links, Nackenstarre, Zuckungen, Hin- und Herdrehen des Kopfes, Singultus, fliegende Röthe an Gesicht und Rumpf. Abends Temp. 40, 5. Am 20. Januar Tod.

Die Autopsie zeigte an den Gefässen der Pia längs beider Fiss. Rolandi

Digitized by Google

Gruppen miliarer Tuberkel, längs beider Foss. Sylvii spärliches eitriges Exsudat und isolirte Knötchen, die übrige Pia an der Basis frei. Verkäsung mehrerer Bronchialdrüsen, Tuberkeleruption in Lungen, Leber, Milz etc. An den gehärteten Vierhügeln und der Med. oblong. fanden sich folgende Neubildungen:

1) Ein runder Tuberkel unter dem linken vordern Vierhügel, zwischen diesem und dem rothen Kern der Haube, noch frisch, nicht verkäst, die Umgebung nicht erweicht.

2) Ein ebenfalls kugliger Herd genau an Stelle des rechten hintern Vierhügels, denselben völlig substituirend.

3) In der rechten Brückenhälfte zwischen rechtem Pyramidenbündel und den äussern Bogenfasern der Brücke ein Tuberkelconglomerat.

4) Ein cylindrischer Tumor in der linken Brückenhälfte gerade im Niveau des Trigeminusaustrittes, zwischen linkem Pyramidenbündel und Raphe gelegen. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigte sich, dass der Tuberkel beginnt zwischen die Längsfasern des Pyramidenbündels hineinzuwuchern, ohne diese zu zerstören.

5) Ein mehr kugeliger Tuberkel in der linken Hälfte der Med. oblong. seitlich vom Calam. scriptor., fast genau an der Stelle des zarten und Keilstranges. Ferner 5 bis 6 erbsengrosse Tuberkel im Kleinhirn, theils in der grauen, theils in der Marksubstanz. RM normal.

Pyramiden- und Haubenbahn sind im vorliegenden Fall in Brücke und Oblongata von den Geschwülsten freigelassen, die Haubenbahn dagegen weiter oben linkerseits (Tuberkel unter dem vordern Vierhügel) lädirt. Dem entsprechend weder Lähmungen noch allgemeine Krämpfe. Die partiellen Zuckungen im rechten Bein dürfen wohl auf die Reizung der linksseitigen Pyramidenbahn durch den Tuberkel 4 bezogen worden. Der Strabismus int. könnte durch die ausschliessliche Wirksamkeit des linken hintern Vierhügels bedingt gewesen sein; möglicherweise aber auch durch Zerstörung hypothetischer, zu den Abducenskernen ziehender Brückenfasern. Hervorzuheben ist der Mangel einer Störung an den Pupillen. Die „hydrocephalischen" Erscheinungen (Erbrechen, Singultus, Pulsirregularität) bezieht Verf. auf den Tumor 5 in der Med. oblongata.

3. Fall. Ein 2½jähriger, bis dahin gesunder Knabe wurde den 7. Mai 1881 ohne nachweisbare Ursache von Convulsionen befallen, die sich durch 4 Stunden wiederholten. Dann befand er sich bis zum 7. Juni wohl; von da an wurde er verdriesslich, klagte über allerlei Beschwerden. Vom 21. Juni an Erbrechen, Abmagerung, Nachts Zähneknirschen und Schreien, Schmerzen im rechten Oberkiefer.

25. Juni mehrmals Convulsionen, geringes Fieber. Puls relativ langsam und irregulär; in den folgenden Tagen stieg die Pulsfrequenz bis 164.

27. Juni. Benommen. Pupillen eng, reagiren beide.

28. Juni. Eigenthümliche Lage des Kopfes und Oberkörpers, Drehung nach links, die betreffender Muskeln links contrahirt, auch der linke Arm in leichter Beugecontractur. Motilität in allen 4 Extremitäten erhalten. Spur von Parese im rechten untern Facialis. Klagen über Schmerz in den rechtsseitigen Zähnen, der rechten Backe und im linken Arme. Mehrmals Anfälle von Reactionslosigkeit mit starrer Geradrichtung der Bulbi.

29. Juni. Linksseitiger Strabismus mit Delirien. Urin geht unwillkürlich ab

30. Juni. Häufige Convulsionen, Pupillen weit. Abends Tod.

Section ergiebt mässige Erweiterung der Seitenventrikel durch klare Flüssigkeit. 3. und 4. Ventrikel wenig ausgedehnt. In der Pia der Basis disseminirte miliare Knötchen ohne entzündliche Reaction in der Umgebung. Im Kleinhirn und zwar in der vorderen Hälfte des Oberwurms ein haselnussgrosser gelber käsiger Tuberkel. Ein kleinerer und frischer Solitärtuberkel in der rechten Hirnschenkelhaube gerade unter dem hintern Vierhügel, zwischen dem Bindearm, dem Schleifenblatt und dem

Digitized by Google

Querschnitt des Meynertschen Rückenmarksbündels der Haube, mit Einbeziehung der untersten Parthie des letzteren Feldes und der oberen Schichten des Schleifenblattes.

Epikritisch bezieht Verf. auf den älteren Tuberkel im Kleinhirn den Anfall von Convulsionen, 4 Wochen vor Beginn der tödlichen Erkrankung. Mit dem kleineren frischeren Tuberkel in der Haubenregion der Vierhügel bringt er die Reizerscheinungen im motorischen und sensiblen Gebiet in Zusammenhang, die sich aus dem Rahmen des meningo-hydrocephalischen Krankheitsbildes hervorheben. Es sind dies die zwangsartig festgehaltene Stellung der linken oberen Körperhälfte und den Schmerzen im linken Arm. Möglicherweise, meint Verf., waren auch die motorischen Anomalien von abnormen Bewegungsgefühlen abhängig. Wichtig für die betr. Störungen dürfte das obwohl nur partielle Übergreifen des Tumors auf den Bindearm und besonders die Schleifenschicht sein. Die Anfälle von plötzlichem Starrewerden der Augen, die in den letzten Tagen beobachtet wurden, dürfen mit einiger Wahrscheinlichkeit zu der Läsion der Formatio reticularis in Beziehung gebracht werden. Die neuralgische Affection des rechten Trigeminusgebiets, ebenfalls mit Fug auf den Herd in der rechten Hirnschenkelhaube zurückzuführen, also eine ungekreuzte Quintusreizung, lässt an sensible Quintusfasern denken, die von den Nerven derselben Seite kommend, unter der vordern Hälfte des hintern Vierhügels aufwärts ziehen und von dem vorderen Ende des Tumors noch betroffen wurden. Eisenlohr.

---

9) **Zur Lehre von den Vagusneurosen.** (Aus der medicinischen Klinik des Herrn Prof. Riegel in Giessen). Von Ludwig Kredel (Deutsches Archiv für klin. Medicin. Bd. XXX. S. 547).

Nach einer übersichtlichen Darstellung der als Vagusneurosen aufgefassten, beim Menschen vorkommenden pathologischen Zustände beschreibt K. zwei Fälle von „Asthma cardiacum", in denen neben anfallsweiser erheblicher Pulsbeschleunigung (bis 148) zugleich eine acute Lungenblähung auftrat. Bei der Besprechung der möglichen Erklärungsweisen dieser Erscheinung erinnert K. vorzugsweise an ein Experiment von Hering, welcher bei künstlichen Aufblasen der Lunge jedesmal eine deutliche Beschleunigung der Herzaction bemerken konnte. Strümpell.

---

10) **Sur une forme particulière et curable de myélite centrale diffuse chronique (myélopathie ayant des symptomes analogues à ceux de la myélite centrale diffuse chronique et se terminant par la guérison)** par J. Déjérine. (Rev. de méd. Mars-Avril 1882.)

I. 57 jähr. Magazineur, keine Excesse, keine Syphilis oder Bleiintoxication. Seit 14 Monaten auffallende zeitweilig hochgradige Ermüdbarkeit, Anschwellung der Beine (diese von D. niemals constatirt), später Lähmung der Arme, besonders des linken und Atrophie desselben; Aufnahme Dez. 1879: Beträchtliche Atrophie der sämmtlichen Skeletmuskeln mit Ausnahme der des Gesichts, Parese derselben, Fehlen jeder Stellungsanomalie; an den Oberschenkeln ist die Atrophie links mehr ausgesprochen. Die hochgradige Lähmung der Beine ist keine schlaffe, vielmehr zeigt sich leichte Steifigkeit, die nach activen Bewegungen zu völliger Starre und regelmässigem Zittern sich steigert, links ist die Contractur stärker; nach Bewegung fibrilläre und fasciculäre Zuckungen; der Gang sehr erschwert, die Beine schleppen am Boden. Die Arme zeigen beträchtliche Lähmung und Atrophie und verhalten sich bezüglich der Contractur und der fibrillären Zuckungen wie die Beine; die Atrophie ist ziemlich gleichmässig vertheilt, keinerlei Stellungsdeformität, nur die linke Hand ist stärker gebeugt, links sind auch Atrophie und Parese stärker. Die Stammmuskulatur ist gleichmässig von der Atrophie und Lähmung betroffen, Intercostales und Zwerchfell bleiben zweifelhaft;

Digitized by Google

Gesichts-, Zungen- und Pharynxmuskulatur frei, ebenso die vom N. maxill. inf. innervirten Muskeln, sowie die der Regio subhyoid; im Allgemeinen überwiegt die Lähmung. Sehnenreflexe überall erhöht, Hautreflexe fehlen, Sensibilität für Berührung, Druck und Kitzel mit Ausnahme des Gesichts überall fehlend, Schmerzeindrücke werden nicht als solche und verspätet gefühlt, jedoch richtig localisirt; kalt und warm werden unterschieden; Muskelsinn intact, keine Ataxie. Function der Sphincteren normal; mechanische Erregbarkeit der Muskeln hochgradig gesteigert; faradische Erregbarkeit der Muskeln stellenweise unwesentlich herabgesetzt, secundäre Erregbarkeit. Sonst nichts Abnormes; die Haut der Beine zeigt violette Färbung wenn sie der Luft ausgesetzt werden. Therapie: 1 gr. Jodkalium täglich, Faradisation. Nach sechs Monaten leichte Besserung, Steifigkeit fast geschwunden, ebenso die Muskelzuckungen und das Fussphänomen, die Intensität der Sehnenreflexe hat abgenommen, Sensibilität wesentlich gebessert, Atrophie nicht wesentlich abgenommen; nach weiteren sechs Monaten ist dies jedoch merklich der Fall, links ist sie noch immer deutlicher, die Paresen haben beträchtlich abgenommen, die Sehnenreflexe noch etwas gesteigert, Sensibilität fast völlig normal; faradische Erregbarkeit der Muskeln normal; die jetzt vorgenommene Untersuchung mit dem constanten Strome ergiebt normales Verhalten; Mai 1881 ist der Kranke, der sich allerdings noch nicht so kräftig wie früher fühlt, geheilt, was auch noch später controlirt wird.

II. 43 jähr. Steinmetz, keine Syphilis, Alkoholismus fraglich, Beginn vor vier Monaten mit Schwäche der Arme, abnormen Sensationen in der Hohlhand. Unter Ausbreitung dieser Sensationen allmählich Verlust der Sensibilität in der Vola, zunehmende Schwäche der Arme, mässige Steifigkeit derselben, Zuckungen in den Armen und den Pectorales; nach 2 Monaten ähnliche sensibile Erscheinungen an den Beinen, an den Sohlen beginnend und in 2 Wochen nach oben sich ausbreitend, Schwäche der Beine und Steifigkeit, kein Fieber, Sphinkteren normal. Stat. pr.: Ziemlich allgemeine, mässige Atrophie der Muskulatur, stärkere Parese derselben, nach Bewegungen leichte Steifigkeit, starke Steigerung aller Sehnenreflexe, starke fibrilläre Zuckungen, Empfindlichkeit für Berührung, Druck, Kitzel und Temperatur an den Händen fehlend, am Oberarm normal, vom Ellbogen abwärts allmählich abnehmend, Schmerzempfindung herabgesetzt; im Gebiete der Anaesthesie fehlen die Hautreflexe; Muskelsinn normal, keine Ataxie; an den Beinen keine auffallende Atrophie, Parese derselben, Pat. behauptet abgemagert zu sein, Sensibilitätsstörung und Steifigkeit analog wie an den Armen; Atrophie der Muskulatur des Stammes und Halses nicht sicher nachzuweisen, die Parese derselben deutlich; sonst nichts abnormes, namentlich die Gesichtsmuskeln frei. Faradische Erregbarkeit der Mukeln bis auf stark ausgeprägte secundäre Erregbarkeit normal. Therapie: Faradisation. Im Verlaufe von 4 Monaten allmähliche Heilung.

D. betont bei der Besprechung der beiden Fälle: Die gleichmässige Vertheilung der Atrophie, die Incongruenz von Lähmung und Atrophie, die Steifigkeit, Steigerung der Sehnenreflexe und der mechanischen Erregbarkeit der Muskeln, die typische Form sowie den Gang der Sensibilitätsstörung, das Fehlen trophischer Störungen an der Haut, die Intactheit der Gesichtsmuskulatur und der Sphincteren. Die Anfangs gestellte Diagnose, chronische diffuse, centrale Myelitis mit Betheiligung der Vorderhörner, der centralen grauen Substanz und der Pyramidenbahnen müsse Angesichts der später eingetretenen Heilung fallen gelassen werden, die topographische Diagnose jedoch bleibt aufrecht und handle es sich um eine neue, heilbare Affection. Als differentialdiagnostisch besonders wichtig gegenüber der diffusen centralen Myelitis hebt D. hervor die normalen electrischen Verhältnisse, das Fehlen trophischer Störungen der Haut, die Intactheit der Sphincteren; pathologisch-anatomisch analogisirt D. die Krankheit mit den Lähmungen nach fieberhaften Krankheiten.

A. Pick.

Digitized by Google

Psychiatrie.

11) **Die Beziehungen der sogenannten Frauenkrankheiten zu den Geistesstörungen der Frauen** von Dr. Ripping. (Allgemeine Zeitschrift für Psychiatrie. Bd. 39. Heft 1.)

In 103 Sectionsberichten von Frauen, die R. nachsah, fanden sich bei 34 pathologische Veränderungen der Geschlechtsorgane, die kritische Beleuchtung der Fälle ergab jedoch, dass bei keinem derselben ein direkter nachweisbarer causaler Zusammenhang zwischen letzteren und der Geistesstörung bestand, meist liessen sich andere organische Störungen als veranlassende Momente der Psychose nachweisen. Aus seinen Beobachtungen an Lebenden zieht Verfasser den Schluss, dass meist die Geistesstörung entweder Folge desselben Grundleidens sei, wie das Localleiden des Geschlechtsapparates, oder dass die durch das Localleiden gesetzte allgemeine Ernährungsstörung erst die Geistesstörung hervorgerufen habe. Besonders ist dies der Fall bei Constitutionen, deren Widerstandskraft durch erbliche Belastung verändert ist. Nie hat er eine Psychose als reine Reflexneurose der Erkrankung des Sexualapparates entstehen sehen; auch als directe causale Momente für die Entstehung von Geistesstörungen sind höchstens die Affectionen der Sexualorgane zu betrachten, die durch ihren destructiven Charakter oder heftige, anhaltende Uterinblutungen die allgemeine Ernährung dauernd herabsetzen. Nur hier ist eine Localbehandlung am Platz, bei allen andern Fällen wirkt dieselbe reizend und ist deshalb absolut zu verwerfen. Sioli.

---

12) **Hallucinations in general Paralysis of the Insane, especially in relation to the Localisation of cerebral functions** by Wm. Julius Mickle. (Journ. of Ment. Sc. Jan. and Apr. 1882.) S. das Referat in No. 1 dieses Centralblattes.

Im Anschluss an seine erste Mittheilung giebt Verf. in den beiden Fortsetzungen pathologisch-anatomische Belege (32 Beobachtungen). Kaum in der Hälfte der Fälle fand er deutliche Adhäsionen und consecutive Rindenveränderungen in den angenommenen Corticalcentren für Gesicht und Gehör (vor Allem dem Lobulus angularis und der zweiten Schläfenwindung). In fast allen Fällen waren aber noch so umfangreiche Zerstörungen zu notiren, dass auch die positiven Resultate wohl nur mit grosser Reserve anzunehmen sind. Smidt.

Therapie.

13) **Die galvanische Behandlung der Tabes nebst Bemerkungen über die abnorme galvanische Reaktion der sensiblen Hautnerven** von Dr. B. Neftel in New-York. (Arch. f. Psych. Bd. XII. Heft 3.)

Verf. giebt an, nach vielen resultatlosen Versuchen der elektrischen Tabesbehandlung günstige Versuche mit aufsteigendem galvanischen Strom durch das Rückenmark und gleichzeitiger Gehirnbehandlung gemacht zu haben. Er beschreibt vier Fälle von Tabes, die unter dieser Behandlung sehr gebessert, zum Theil geheilt wurden. Ein anderer Fall wurde nur kurze Zeit gebessert. Verf. applicirt die Kathode am Nacken, die Anode in der Gegend der untern Lendenwirbel und lässt den Strom 3—5 Minuten einwirken, wobei nur die Anode einigemal die Wirbelsäule entlang geführt wird. Die Stärke des Stromes ist nur nach Elementen (12—20 Siem.) angegeben. Die Behandlung soll 4—6 Monate fortgesetzt werden und glaubt Verf. dadurch den krankhaften Prozess zum Stillstand bringen oder rückgängig machen zu können. (?)

Digitized by Google

Ferner glaubt N., dass bei Tabischen die Anode leichter Brennen erzeuge als die Kathode. Controlversuche über den Leistungswiderstand der Haut mit Galvanometer fehlen gleichfalls. Rumpf.

---

14) **Ueber Nitroglycerin** von Prof. Dr. Korczynski in Krakau. (Wiener med. Wochenschrift. 1882. Nr. 6.)

Nitro-Glycerin as a Remedy for Angina pectoris by William Murrel. (London 1882, p. 78.)

Nitro-Glycerin in Puerperal-Convulsions by Green. (Brit. med. Journ. April 22. 1882.)

Nitroglycerin wurde von Murrel 1879 zur therapeutischen Anwendung empfohlen, später 1880 (Brit. med. Journ. April 10) von Robson gegen Migräne, Angina pectoris u. s. w. Korczynski findet es besonders wirksam gegen Angina pectoris (gleichgültig ob dieselbe reine Neurose oder von organischen Krankheiten des Herzens bedingt ist). Er wendet die einprocentige spirituöse Lösung in Dosen von 1—6 Tropfen an. Das Nitroglycerin wirkt vorzugsweise auf „den Circulationsapparat und das Gehirn". Nach 2 Tropfen leichter Kopfschmerz mit Gefühl von Wärme in demselben, nach 6 Tropfen lästiger, 10—15 Stunden anhaltender Kopfschmerz, mässige Lichtscheu, starkes Ohrensausen. K. empfiehlt das Mittel auch bei Chorea minor, während es sich bei Chorea major unwirksam zeigte. Green sah günstige Erfolge bei „puerperalen Convulsionen". Verordnung: 0·5 der einprocentigen Lösung von Nitroglycerin in 30 Aqu., davon stündlich einen Theelöffel. M.

---

15) **Note sur l'action polaire du courant induit; son importance en Electrodiagnostic** par le Dr. Romain Vigouroux. (Comptes rendus hebdomadaires des séances de la société de Biologie. Nr. 14. 21. Avril 1882, p. 253.)

Während auf qualitative Abweichungen des Zuckungsgesetzes der Nerven und Muskeln bei galvanischer Reizung (das Ueberwiegen der Anodenschliessungszuckung ASZ) grosses Gewicht gelegt sei, werde die Unterscheidung des negativen und positiven Poles des faradischen Stromes (secundären Inductionsstromes) mit Unrecht vernachlässigt, obgleich gemäss der bekannten grösseren Intensität des Oeffnungsstromes nach seiner Stromrichtung diejenige des (aus alternirenden Strömen bestehenden) faradischen Stromes überhaupt angenommen werden könnte. (Immerhin ist doch auch der Schliessungsstrom vorhanden. Ref.) Verf. will nun sieben oder acht Mal bei Kranken mit degenerativ-atrophischen Spinallähmungen beobachtet haben, dass, während die faradische Erregbarkeit für die Kathode fehlte oder herabgesetzt war, dieselbe erhalten oder relativ gesteigert war für die Anode, gleichwie bei der galvanischen Prüfung KSZ fehlte oder vermindert war bei Erhaltung oder Steigerung von ASZ. Damit glaubt Verf. die Räthsel der Entartungsreaction für die galvanische Reizung, welcher in den letzten fünfzehn Jahren in allen deutschen Publicationen eine übertriebene Rolle vindicirt sei, und diejenigen des angeblichen Verlustes der faradischen bei erhaltener galvanischer Erregbarkeit entschleiert zu haben. Was verschwunden oder vermindert sei, wäre immer die Erregbarkeit für den negativen Pol und zwar ebensowohl für den galvanischen als den inducirten Strom, während für beide Stromesarten die Erregbarkeit für den positiven Pol erhalten bleibe. Das einzige wesentliche Kriterium der Entartungsreaction des Muskels sei also die grössere Wirksamkeit der Anode beider Stromesarten. (Es ist verwunderlich, dass dem Verf. unbekannt zu sein scheint, dass die unläugbar verschiedene Wirkung des inducirten und galvanischen Stromes (in jeder Richtung) auf schwer degenerirte Muskeln hauptsächlich von der kurzen Dauer der Stromstösse des ersteren abhängig zu machen ist, und dass das

Digitized by Google

Ueberwiegen der ASZ ein ziemlich unwesentliches Kriterium der Entartungsreaction gegenüber ihrem trägen (wurmförmigen) Zuckungsverlauf abgiebt, welcher vom Verf. mit keiner Silbe erwähnt wird. Dass diese träge Zuckung übrigens nach dem Vorgange des Referenten (Arch. f. Psych. Bd. IX. S. 551. 1879) neuerdings von Kast (ibidem Bd. XII. S. 268. 1881) und Erb (Handbuch der Elektrotherapie. I. Hälfte, S. 210. 1882.) in gewissen Formen atrophischer Lähmung auch bei faradischer Reizung beschrieben wurde, scheint dem Verf. ebenfalls entgangen zu sein.) E. Remak.

Forensische Psychiatrie.

16) **Verurtheilung eines Idioten** von Scholz, Bremen. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin etc. Bd. 36. Heft 2. S. 249—256.)

Ein 41 Jahre alter, verheiratheter Schlächter wurde wegen Verbrechen gegen die Sittlichkeit zu mehrjähriger Zuchthaus-Strafe verurtheilt. Als er am Tage nach dem Richterspruche in die Strafanstalt gebracht wurde, machte er hier sofort auf die dortigen Beamten den Eindruck eines „völlig geisteskranken Menschen", indem er über die einfachsten Dinge keine Auskunft ertheilen konnte; da er auch heftige Krämpfe bekam, so wurde er nach 2 Tagen der Irren-Anstalt übergeben. Es wurde zunächst ermittelt, dass er immer „schwach" gewesen und nothdürftig gelernt habe, in seinem Berufe bloss das Schlachten eigenhändig auszuüben, alles andere der Frau überliess und schon als Knabe von 11 Jahren einen schweren Fall auf den Kopf gethan hat, wovon die Narbe an der Stirn noch sichtbar. Auch wurden eine ganze Reihe von Ungereimtheiten aus seinem Vorleben bekannt. Die Expertise ergab von körperlichen Abnormitäten, Makroglossie und deformirte Ohren, ausserdem Krämpfe und Zwangsbewegungen. Dazu kam eine äusserst niedrige Stufe der Intelligenz, Fehlen ethischer Begriffe und melancholische Stimmungs-Anomalien.

Nach nicht ganz 2 Monaten wurde der Verurtheilte in seine Heimat entlassen.

Falk.

17) **Medico-legal relations of epilepsy. A study of the Hayoren-Salter Homicide** by J. G. Kiernan. (Chicago Med. Rev. V. 3.)

Nachdem Verf. die forensische Bedeutung der prä- und postepileptischen Anfälle von Seelenstörung, sowie der psychischen Aequivalente der Epileptiker hervorgehoben, bespricht er den im Titel erwähnten Fall. Es handelt sich um einen Verbrecher (H.), der einen Andern (S.) im Gefängniss erschlagen hatte. Er übt Kritik an den einzelnen einander zum Theil widersprechenden Gutachten über den Seelenzustand des Mörders und kommt zu dem Schluss, dass die That in einem epileptischen Aequivalent verübt sei. Seine Gründe sind: epileptische Anfälle in der Jugend, „epileptische Blässe", die Geringfügigkeit des Motivs der That, die Gleichgültigkeit des Mörders nach derselben, die darauffolgende tobsuchtartige Aufregung.

Ueber die Intelligenz des betreffenden, von jeher verbrecherischen Individuums, kann sich der Leser kein rechtes Urtheil bilden; in den Gutachten, die sich positiv aussprechen, ist immer nur der ethische Defekt hervorgehoben, der doch nur eine Theilerscheinung der geistigen Schwäche ist. Zeichen von Epilepsie waren seit der Kindheit nicht beobachtet worden.

Der Mörder wurde hingerichtet; im Gehirn negativer Befund bis auf einige Anomalien (resp. Varietäten) der Windungen und Furchen. Tuczek.

18) **Folie simulée par une aliénée** par Marandon de Montyel. (L'Encéphale 1882. Nr. 1.)

Eine Frau, welche in elenden äusseren Verhältnissen lebte, versucht ihr Kind zu tödten. In der Irrenanstalt behauptet sie Amnesie, giebt an, Engel zu sehen,

Digitized by Google

schwatzt verwirrt, ahmt die Verkehrtheiten einer hysterischen Kranken nach, ist besonders erregt zur Zeit der Visite, tobt eine Nacht und schläft fest in der folgenden, kurz, die Erscheinungen der Simulation sind deutlich.

Die Anamnese ergiebt, dass die Explorandin schon früher oft an heftigem Kopfweh, besonders zur Zeit der Regel, litt, und wiederholt Zeichen von Geistesverwirrung darbot. Es wurde ermittelt, dass die That in einem solchen Zustand von quälendem Kopfweh bei der Regel und in einer krankhaften Stimmung verübt wurde. Das Kind sollte sterben, damit es nicht mehr leiden sollte von ihrer Noth. — Es bestanden ausserdem bei der Frau physische und psychische Zeichen der Degeneration.

Sie wurde für unzurechnungsfähig erklärt und der Anstalt zurückgegeben. Hier wurde jedesmal zur Zeit der Regel ein melancholischer Anfall beobachtet. Bei dem zufälligen Besuch des Staatsanwalts im Asyl, zu einer Zeit, wo die Kranke ganz ruhig und ordentlich war, erschrak sie sehr, meinte, er komme ihretwegen, und fing an zu simuliren, bis sie sah, dass sie ausgelacht wurde und die Aerzte sich nicht um sie kümmerten. Siemens.

Anstaltswesen.

19) Anstaltsbericht des Wilhelm Augusta Hospitals zu Breslau (Dr. Soltmann) pro 1881. Sep.-Abdr.

Wir heben daraus 3 Fälle hervor;

1. Compressionsmyelitis bei einem $5^1/_2$ Jahr alten skoliotischen mit Spondylitis dorsalis behafteten Mädchen, die durch absolute Ruhe (permanente Rückenlage in Schwebegurt, Distension der Wirbelsäule mittelst Extensionsverband, tägliche Application des galvanischen Stromes an den Unterextremitäten, erst Gyps, dann Mapp-Kürass, innerlich Ferr. pyrophosphor.) nach 12 Wochen unter zurückbleibender Deformität der Wirbelsäule geheilt wurde.

2. Hemiatrophia facialis progressiva bei einem 13jährigen Mädchen. Ausser den gewöhnlichen Erscheinungen derselben findet sich ein Uebergreifen der Atrophie auf die linke Thoraxhälfte und Extremität.

3. Chorea minor bei einem 7jährigen Mädchen. Nach einem Fall auf das rechte Scheitelbein, Krämpfe, dann Hemiplegia sinistra. Die Lähmung wurde rückgängig und nun trat ein zunächst auf die linke Seite beschränkter Veitstanz ein. Auf dem Scheitelbein rechts eine kolossale Schädeldepression. Die mehrjährige Behandlung blieb erfolglos. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Société d'Anthropologie. Sitzung vom 2. Febr. 1882. (Gazette médic. 1882. Nr. 16.)

Manouvrier setzt eingehend auseinander, dass es unstatthaft ist, zur Auffindung der Verhältnisszahl zwischen Gehirn und Körper lediglich die Grösse oder das Gewicht des Körpers zum Vergleich mit der Gehirnmasse zu benutzen. Man müsse beides, Gewicht und Grösse des Körpers in Berechnung ziehen und ausserdem eine Angabe über den Bau des Körpers z. B. den biacromialen Abstand, den Abstand von Sternum und Wirbelsäule u. s. w.; ferner sei der Umstand wichtig, ob das Individuum fett sei oder mager. — Benutze man nur einen einzelnen dieser Werthe, so komme man zu so unwissenschaftlichen Resultaten wie Herr Le Bon.

Pozzi empfiehlt, zum Vergleich die Muskulatur heranzuziehen.

Parrot giebt an, dass er das Gewicht des Herzens und das des Gehirns zu vergleichen pflege.

Manouvrier stellt die Mittheilung einer neuen Methode in Aussicht.

Hadlich.

Digitized by Google

IV. Bibliographie.

Handbuch der menschlichen Anatomie von Krause. Nachträge von W. Krause 1881. S. 106—144.

W. Krause hat zu dem 1876 in dritter Auflage erschienenen Handbuche seines Vaters einen ergänzenden Nachtrag herausgegeben.

Hier soll nur über den das Nervensystem betreffenden Theil desselben referirt werden, und hauptsächlich auch nur, insoweit es sich um neue Bearbeitungen von K. selbst handelt.

In Betreff der feineren Struktur der Nervenfaser geht K. ausführlich auf die neueren Entdeckungen und die Litteratur darüber ein. Er erkennt jetzt die Präexistenz der Ranvier'schen Einschnürungen rückhaltslos an. Für die Lantermann'sche Einkerbungen giebt K. wenigstens die grosse Wahrscheinlichkeit zu, „dass es sich um irgend welche präformirte Structurverhältnisse handelt."

Kühne und Ewald's Horngerüst des Nervenmarkes, die Hornscheiden, beschreibt Verf. genau und hebt auch hier die grosse Wahrscheinlichkeit ihrer Präexistenz hervor. K. nennt sie aber mit Vorliebe „Korbscheiden" der Nervenfasern, hält auch die „Korbscheiden" als etwas Anderes den „Hornscheiden" gegenüber, wobei es sich lediglich darum handelt, dass erstere das Neurokeratin-Gerüst (Schwalbe's Hornspongiosa) rein darstellen, die Korbscheiden aber eine unreine Präparation desselben Gerüstes.

Entschieden als Kunstprodukte (durch Wasserentziehung) betrachtet K. die „Stäbchenstruktur" des Nervenmarkes und die Stilling'schen Elementarröhrchen.

Von Kuhnt's Axencylinderscheide scheint dem Verf. einerseits die Möglichkeit, dass sie nur ein künstliches Gerinnungsprodukt sei, nicht abzuweisen, andererseits noch nicht sicher zu sein, dass sie mit der innersten Schicht der Kühne-Ewald-schen Hornspongiosa identisch ist.

An der fibrillären Structur des Axencylinders hält K. fest, dabei die Wahrscheinlichkeit betonend, dass die Substanz, in welche die Fibrillen eingelagert sind, flüssig ist.

Bei dem Rückenmark und Gehirn werden zunächst einige Resultate neuerer Arbeiten, besonders von Roller und Duval, angeführt, so in betreff der Kern- und Wurzelfasern des Hypoglossus, Glossopharyngeus, Oculomotorius und Acusticus. In Bezug auf den Glossopharyngeus-Kern und das Respirationsbündel hält K. seine frühere Ansicht fest.

Das Corpus subthalamicum (Henle) auch Luys'scher oder Forel'scher Körper genannt, führt K. als Nucleus pedunculi cerebri auf.

Die Auffassung des conarium als Rudiment eines Verbindungsganges zwischen Medullarrohr und äusserer Haut (Ehlers) wird zustimmend — unter Hinweis auf die analogen Verhältnisse bei Amphioxus — erwähnt.

Die Existenz der beiden Nervenplexus in der Hirnrinde (4. und 6. Schicht) vertheidigt K. gegen Henle und Schwalbe, der nur den äusseren bestätigt hat; ferner beharrt K. bei seiner Ansicht von der vollständigen Kreuzung der Optici im Chiasma des Menschen.

Auf die Arbeiten über den Faserverlauf von Flechsig, Gudden, Forel, Wernicke, Meynert, Roller u. A. geht K. sehr wenig ein, nennt sie „Untersuchungen von irrenärztlicher Seite" und hebt die „den pathologischen Methoden anscheinend unvermeidlich anhaftenden Fehlerquellen" hervor, ohne jedoch sein Urtheil, und damit den Werth desselben, zu begründen.

Bei den Nervenendigungen behandelt K. sehr ausführlich die Terminalkörperchen. Er erörtert den Aufbau des Innenkolbens aus Zellen, Kolbenzellen, welche je nach ihrer Lage zur Längsaxe des Organs als Längs- und Querkolbenzellen unterschieden

Digitized by Google

werden. Die terminalen Nervenfasern halten stets dieselbe Richtung wie die Kolbenzellen ein. Der Innenkolben ist die Fortsetzung des Neurilem, die Aussenhülle die Fortsetzung der Adventitia der Nervenfasern. Es werden dann 12 (14) verschiedene Formen von terminalen Körperchen eingehend beschrieben.

Den Schluss bilden kritische Bemerkungen zu einigen neueren Beobachtungen von Nervenendigungen. Hadlich.

V. Personalien.

Vacante Assistenzarztstellen:

1. Bezirks-Irrenanstalt Saargemünd (Lothringen). 1200 M.; freie Station, Reisevergütung. Antritt August oder September. Meldungen bis 5. Juni bei Director Freusberg.
2. Dalldorf bei Berlin. Volontärarzt (600 M.).

VI. Vermischtes.

Das Gesetz über die Ehescheidung wurde in erster Lesung von der französischen Deputirtenkammer votirt. Bei Gelegenheit der Commissionsverhandlungen wurde über ein Amendement berathen, das unheilbare Geisteskrankheit als gesetzlichen Ehescheidungsgrund verlangte. Die über diese Frage von der Commission gehörten Sachverständigen DDr. Blanche, Charcot, Magnan gaben übereinstimmend ihr Gutachten dahin ab, dass die Geisteskrankheit des einen Ehegatten den andern nicht zur Ehescheidungsklage berechtige. (Die Gründe für dieses Gutachten legte B. in der Sitzung der Académie de médecine vom 9. Mai 1882 s. Gaz. méd. 13. Mai dar. Er hob dabei auch hervor, dass Fälle von Geisteskrankheiten bei Verheiratheten seltener sein würden, wenn man vor der Verheirathung nicht so blind gegen die „questions de santé“ wäre, und ihnen nur zu sehr „les considérations de nom, de position et de fortune“ unterordnete.)

Dieselbe Frage beschäftigte die medico-psychological Association in London in ihrer Sitzung vom 28. April in Anschluss an einen Vortrag von Savage. Man war auch hier der Ansicht, dass Geisteskrankheit, nach der Verheirathung entstanden, Ehescheidungsgrund nicht sein sollte.

Es mag dabei bemerkt werden, dass in Preussen (Allg. Landrecht Th. II, Tit. I, § 698) „Raserei und Wahnsinn, in welche ein Ehegatte verfällt, die Scheidung nur alsdann begründen können, wenn sie über ein Jahr ohne wahrscheinliche Hoffnung zur Besserung fortdauern“. Bei dem in der Ausarbeitung begriffenen deutschen Civilgesetzbuch wird man sich mit dieser Frage auch beschäftigen müssen. Principiell muss man sagen, dass wenn andere chronische Krankheiten, die ja auch zuweilen Decennien dauern und den Kranken vollständig arbeitsunfähig machen können, nicht als Ehescheidungsgrund gelten, auch keine Veranlassung vorliegt, die Krankheiten des Gehirns, soweit sie Psychosen bedingen, in eine Sonderstellung zu bringen. M.

La Superstition et la Folie chez les Nègres de Zambèze après M. Gaffard par Régis. (L'Encéphale 1882. Nr. 1.)

Entsprechend der geringen Intelligenz dieser Neger beschränkt sich die Aeusserung der geistigen Störung bei ihnen mehr auf die materielle Sphäre, in der sie zu leben und zu denken gewohnt sind. Die Maluko's (Irre) sind inoffensiv und ziehen von Ort zu Ort, überall willig beherbergt und gespeist von den mitleidigen Bewohnern, welche sie mit einem gewissen Respect behandeln und von den Geistern bewohnt glauben. Schwerere Neurosen, Hysterie etc. wurde nicht bemerkt, doch sah der Berichterstatter einen Epileptischen, auch einen Kranken mit Delirium tremens. Es wird ein Fall von stuporöser Melancholie beschrieben. Dementia paralytica schien nicht vorzukommen. Siemens.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster **Jahrgang.**

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. **15. Juni.** **№ 12.**

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber Galvano-Faradisation von **Watteville.** — 2. Zur Casuistik der transitorischen psychischen Störungen von **Löwenfeld.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Sulla struttura della midollo spinale di **Laura.** — Experimentelle Physiologie. 2. Essai critique sur les conditions physiologiques de la pensée par **Gley.** 3. Correlating Function of the Sympathetic Ganglia by **Woakes.** 4. The physiological action of hyoscyamine by **Shaw.** 5. Ueber die Bewegungen des menschlichen Gehirns von **Mays.** 6. Ueber reizbare Stellen an Nerven in ihrem Verlaufe von **Budge.** 7. Weitere Mittheilungen über durch Exstirpation circumscripter Hirnrindenregionen bedingten Entwicklungshemmungen des Kaninchengehirns von **v. Monakow.** — Pathologische Anatomie. 8. Ein 12jähriger Microcephale von **Falkenheim.** 9. Ueber multiple tuberöse Sklerose der Hirnrinde von **Brückner.** — Pathologie des Nervensystems. 10. Statistische Mittheilungen von Tabes dorsalis von **Rehlen.** 11. Hyperämia of the medulla oblongata by **Mulvane.** 12. Recovery after taking etc. of Chloral and Morphia by **Griswold.** 13. On Percussion of the Skull in the Diagnosis of Diseases of the Brain von **Robertson.** 14. Cysticercus im Rückenmark von **Walton.** 15. Gomme syphilitique de la 1. circonvolution frontale gauche par **de la Tourette.** 16. On meningeal tuberculosis of the cerebral convexity by **Mickle.** 17. Ist der Verlust an Körpergewicht ein Erkennungszeichen eines vorausgegangenen epileptischen Anfalles? Von **Krantz.** 18. Ueber dasselbe von **v. Olderogge.** 19. On ophthalmoplegia externa etc. etc. by **Buzzard.** 20. Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis von **Bernhardt.** 21. Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage von **Krönlein.** 22. Ein Fall von Hirnverletzung von **Jaeger.** 23. Ramollissement cérébral avec aphasie et contracture par **Lavin.** 24. Note on the curability of Tabes dorsalis by **Fox.** 25. Observation de Tabes von **Vulpian.** — Psychiatrie. 26. Étude clinique sur l'absinthisme chronique von **Gautier.** 27. Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskranken von **Haase.** 28. Zur Frage der Lokalisation der Ernährungsstörungen des Gehirns bei Verrückten von **Lechner.** 29. On moral insanity by **Gasquet.** 30. On the education of the insane etc. etc. by **Fox.** 31. De l'insanité dans la paralysie agitante par **Ball.** — Therapie. 32. Natr. salicyl. gegen nervösen Kopfschmerz von **Röhring.** 33. Therapie der Chorea von **Abbot.** 34. Nerve-stretching in Infantile Paralysis by **Simon.** 35. Singultus beim Eintritt der Pubertät von **Pawlik.** 36. How to use the Bromides by **Beard.** 37. A contribution to the subject of nerve-stretching by **Morton.** 38. Die allgemeine Faradisation von **Fischer.** 39. Hémichorée avec hémianesthésie etc. etc. par **Merklen.** — Forensische Psychiatrie. 40. Homicide par délire des persécutions. Nécropsie du meurtrier par **Manouvriez.** 41. The Case of Guiteau by **Folsom.** The mental status of Guiteau by **Channing.**

III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Personalien.** — V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber Galvano-Faradisation.

Von **A. de Watteville** in London.

Der Zweck dieser Mittheilung ist, die Aufmerksamkeit meiner electrotherapeutischen Collegen auf eine Methode zu lenken, die ich seit zwei bis drei Jahren angewendet habe, in der Hoffnung, dass sie dieselbe ebenfalls versuchen werden.

Digitized by Google

Bevor man einer bestimmten Form der Behandlung den Vorzug giebt, ist es oft nothwendig, dieselbe ausgedehnter anzuwenden, als es dem Einzelnen möglich, ist. Ich beabsichtige nicht, einzelne Fälle von durchschlagendem Erfolg nach gleichzeitigem Gebrauch beider Ströme anzuführen, sondern einfach hervorzuheben, dass der allgemeine Eindruck dessen, was ich gesehen habe, auf mich ein günstiger war und dass theoretisch sich manches für die Methode sagen lässt.

Galvano-Faradisation besteht im Faradisiren eines bestimmten Körpertheils, durch den ein galvanischer Strom hindurchfliesst. Dieselbe kann leicht durch Einfügung der secundären Rolle eines Inductions-Apparats in einen galvanischen Strom so hergestellt werden, dass der faradische Oeffnungsstrom in derselben Richtung, wie der galvanische fliesst.[1] Ich habe es aber bequemer gefunden, in der Praxis folgende Anordnung zu gebrauchen:

Der Apparat besteht aus einem schmalen Brett (Fig. 1), das 2 Commutatoren und 6 Klemmen trägt. Jeder Commutator besteht aus zwei metallnen gebogenen

Fig. 1.

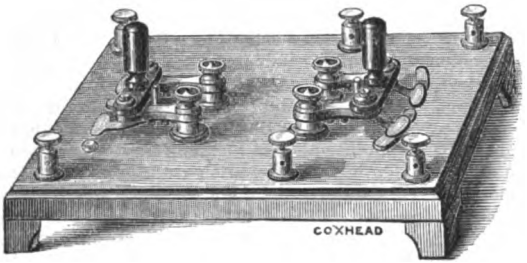
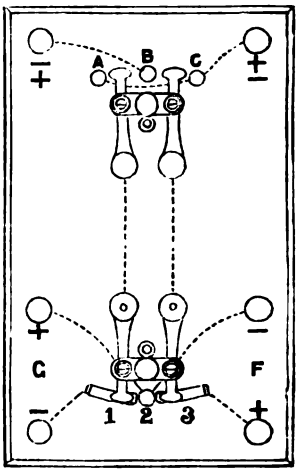


Fig. 2.



Federn, welche (mit Hülfe eines isolirten Kreuzstückes und Griffes) über drei Knöpfe (1, 2, 3 und A, B, C Fig. 2) seitlich bewegt werden können. Die Dräthe der galvanischen Batterie sind an die Schrauben G + und —, diejenigen des faradischen Stroms an F + und — befestigt, die Leitungsschnüre an $\underline{+}$ und $\overline{+}$. Die verschiednen Stücke sind so in Verbindung gesetzt, wie die punktirten Linien (Fig. 2) zeigen. Stehen die Federn auf 1 und 2, so circulirt nur der galvanische Strom, stehen sie auf 2 und 3, nur der faradische. Dabei muss bemerkt werden, dass 1 und 2 keine runden Knöpfe sind, sondern Bänder, die lang genug sind, um den Federn zu gestatten, auf ihnen zu ruhen, wenn sie sich in der in der Abbildung gezeichneten Lage befinden.

Ein Blick auf die Verbindungen in Fig. 2 wird genügen, zu zeigen, wie die zwei Federn, die sich längs A B C bewegen, den Strom, der durch die Leitungsschnüre und den Körper geht, commutiren. In der Praxis wird man sich der galvanischen Polarität von $\overline{+}$ leicht erinnern, wenn man beachtet, dass sie positiv ist, wenn die gegenüberliegenden Federn nach G gedreht werden. Umgekehrt ist die faradische Polarität von $\underline{+}$ positiv, wenn jene gegen F gewendet sind. (Letzteres ist aber von geringer Bedeutung, denn in der Diagnose kann die faradische Polarität

[1] Es ist augenscheinlich, dass, würde man einfach die Pole der Batterie und der Rolle mit denselben Electroden verbinden, so würde jeder Strom durch einen Kreis von geringem Widerstand abgeleitet. Dieser merkwürdige Irrthum wurde von Beard und Rockwell begangen. (Cf. meine Einleitung zu „Medical Electricity". 1878. p. 110.)

Digitized by Google

so lange vernachlässigt werden, als derselbe Pol immer benutzt wird.) Sind aber beide Ströme vereint, so wird die Polarität der Electroden dieselbe sein, wie bei G allein.

Man sieht also, dass dieser Apparat erfüllt die Functionen 1) eines Strom-Alternator, 2) eines Strom-Combinator, 3) eines Strom-Commutator und dass er sehr bequem für alle diagnostischen und therapeutischen Zwecke ist, indem er mit Leichtigkeit gestattet, sowohl jeden der beiden Ströme mit denselben Electroden zu benutzen, als sie zu combiniren oder sie umzukehren, sowohl jeden einzelnen als beide zusammen.

Es ist schon lange bekannt (Brückner 1868), dass die Wirkung eines faradischen Stroms durch Einfügung eines galvanischen Stroms in denselben Kreis bedeutend gesteigert wird.

Dass dies eine rein physiologische Erscheinung ist und nicht ein physicalischer Effect, der einer mysteriösen „Summation" electromotischer Kräfte zuzuschreiben ist, wie es von Runge angenommen wurde, ist durch die Untersuchungen von Waller und mir selbst festgestellt worden.[1]

Da beide Ströme denselben Diffusionsgesetzen folgen, so treffen in den Geweben des Körpertheils, der von den Electroden umschlossen ist, alle faradischen und galvanischen (secundären) Kathoden genau zusammen; d. h. jeder faradische Reiz fällt auf einen Nerven und Muskelpunkt, der in einem Zustande von Katelectrotonus oder erhöhter Reizbarkeit ist.[2] Es ist daher möglich, durch die Galvano-Faradisation Effecte zu erhalten, die schwerlich durch die Faradisation allein erreicht werden können. Tiefliegende oder entfernte Theile werden unter den Einfluss des Reizes in bemerkenswerther Weise gebracht. Ob Faradisation von Geweben, die in einen Zustand von Katelectrotonus versetzt worden sind, in sich selbst eine therapeutische Wirkung hat, ist natürlich ein Punkt, über den man mit Sicherheit auf wissenschaftlicher Basis nichts aussagen kann und über den jede Speculation vorschnell und übereilt sein würde.

Wir wissen indessen aus der Physiologie, dass der galvanische Strom einen erfrischenden Einfluss auf die Muskeln hat und es lässt sich annehmen, dass unter diesem Einfluss besonders von Geweben, die sich in pathologischem Zustand befinden, eine stärkere Reizung ohne Ermüdung wird ertragen werden können.

Ferner möchte ich bemerken, dass die meisten Autoren der Ansicht sind, dass in vielen Fällen es rathsam ist, beide Ströme abwechselnd zu gebrauchen. Wenn demnach nicht eine bestimmte Contraindication gegen den gleichzeitigen Gebrauch besteht, so bewirkt die Galvano-Faradisation eine nicht zu unterschätzende Ersparniss an Zeit und Arbeit. Man kann wohl behaupten, dass da, wo Faradisation allein heilsam ist, die Galvano-Faradisation wahrscheinlich noch

---

[1] Cf. vorläufige Mittheilung: Proceedings of the Royal Society. Febr. 1882 und dieses Centralbl. 1882 Nr. 7. Die Arbeit, die unsere volle Beweisführung enthält, wird im laufenden Jahre erscheinen.

[2] Die Begründung des gegenseitigen Zustandes, das die faradischen und galvanischen Anoden zusammentreffen, ist von Waller in seinen Untersuchungen über die latente Dauer der Oeffnungszuckung auf eine neue Weise bewiesen worden. (Arch. de physiol. 1882. Nr. 3 Cf. dieses Centralbl. Nr. 11. S. 252.)

Digitized by Google

besser wirkt, und dass sie in vielen Fällen versucht zu werden verdient, in denen die Galvanisation gewöhnlich allein angewendet wird, z. B. bei atrophischen Paralysen, bestimmten Formen von Neuralgieen z. B. Ischias, bei Spasmen etc. Sie ist sicher von Nutzen bei rheumatischen Affectionen. Speciell muss ich auf die lokale Behandlung der Rückenmarkskrankheiten hinweisen, wobei gute Erfolge möglicherweise zu erreichen wären, obwohl hier weitere Beobachtungen nothwendig sind, als diejenigen, die mir zu Gebote stehen, um Sicheres bieten zu können. Der Zweck dieser Mittheilung ist vielmehr, die Erkenntniss des Wahren fördern zu helfen, als das Wahre zu formuliren.

Ein Punkt von praktischer Bedeutung muss noch erwähnt werden. Beabsichtigt man, die Galvano-Faradisation auf grosse Flächen von Geweben wirken zu lassen, wie z. B. auf ein ganzes Glied oder tief gelegene Organe, wie z. B. das Rückenmark, die Blase etc., so müssen grosse Electroden und verhältnissmässig starke Ströme angewendet werden. Ich wende gewöhnlich Platten von biegsamen Metallen an, die gut überzogen sind, und die sich der Form des Theils, auf den sie angewendet werden, anpassen, und die 10+5 bis 20+10 Cm. messen.

---

2. Zur Casuistik der transitorischen psychischen Störungen.

Von Dr. **L. Löwenfeld** in München.

Der nachstehend mitgetheilte Fall wurde von mir vor mehreren Jahren beobachtet. Meine Notizen bezüglich desselben sind in manchen Punkten unvollkommen. Ich zögerte deshalb mit der Veröffentlichung, in der Erwartung, dass mir im Laufe der Zeit eine analoge Beobachtung aufstossen würde; diese Erwartung hat sich jedoch bisher nicht erfüllt. So mag denn die vereinzelte Beobachtung wenigstens dazu dienen, die Aufmerksamkeit der Fachgenossen auf ähnliche Vorkommnisse zu lenken.

Frau W., Beamtensgattin, 27 Jahre alt, Mutter von vier gesunden Kindern, ist mit Ausnahme eines periodisch auftretenden, seit ihrer Kindheit bestehenden Kopfschmerzes völlig gesund und erfreut sich eines blühenden Aussehens. Ihre Angaben bezüglich des fraglichen Kopfschmerzes lauten dahin, dass derselbe gewöhnlich einseitig, von dumpf bohrendem Charakter und meist von allgemeinem Unwohlsein begleitet sei. Derselbe charakterisirt sich demnach als Hemicranie. Am 3. Februar 1879 Morgens 8 Uhr befand sich Frau W. noch in vollem Wohlsein; sie hatte nur ihr gewöhnliches Frühstück genossen, bestehend in Kaffee und Weissbrod, und während der vorhergehenden Nacht gut geschlafen; irgend eine heftigere gemüthliche Alteration hatte nicht stattgefunden. Gegen 9 Uhr bemerkte sie, dass sich ihr die Gegenstände verschleierten. Diese Gesichtsstörung nahm rasch derart zu, dass sie keinen Gegenstand mehr unterscheiden konnte. Alsbald stellte sich auch sehr heftiger Kopfschmerz ein, den ganzen Kopf einnehmend, wozu sich später Erbrechen gesellte; noch später traten Gesichtshallucinationen auf. Sie sah eine Mehrzahl von Personen in ihrem Zimmer, während ausser dem Dienstmädchen Niemand anwesend war. Näheres konnte über diesen Umstand und ebenso über die übrigen Vorgänge

Digitized by Google

von 9 Uhr Morgens bis 12 Uhr Mittags nicht eruirt werden. Die Pat. befand sich während der fraglichen Zeit in ihrer Wohnung allein mit dem Dienstmädchen, auf dessen Mittheilungen letztere Angaben (Hallucinationen betreffend) fussen. Als der Mann der Pat. um 12 Uhr nach Hause kam, fand er zu seiner grossen Bestürzung seine Frau in einem Zustande vor, der ihn sogleich bestimmte, mich zu einem Besuche bitten zu lassen. Ich sah die Pat. zuerst um $12^1/_2$ Uhr Mittags, wobei sich folgender Status ergab: Pat. liegt zu Bette; das sonst blühende Gesicht collabirt, blass, die Conjunctiva dagegen geröthet. Die Innervation beider Gesichtshälften gleichmässig und unverändert; keinerlei Lähmungserscheinungen im Bereiche der Extremitäten und der Zunge. Puls klein und etwas frequenter als normal; die Hauttemperatur dem Gefühle nach nicht erhöht. Pat. spricht verworren, erkennt mich jedoch, wenigstens in der ersten Zeit meiner Anwesenheit; aus ihren Antworten auf die an sie gerichteten Fragen ist nur soviel zu entnehmen, dass sie Kopfschmerz hat. Hiemit stimmt ihr Gesichtsausdruck wenig überein; letzterer bekundet überwiegend eine gewisse Heiterkeit, die Pat. lächelt auch viel bei Befragen, gegen ihre Gewohnheit. Die Verwirrung steigert sich schon nach einigen Minuten derart, dass sie mich nicht mehr erkennt; sie nennt mich gelegentlich „Du", scheint mich zeitweilig für ihren Mann zu halten, der übrigens meist im Zimmer anwesend ist. Mit der Zunahme der Verwirrung stellen sich alsbald auch aphasische Erscheinungen ein und zwar Erscheinungen einer amnestisch-ataktischen Aphasie. Sie verwechselt bei Antworten auf Fragen und in ihren spontanen Expectorationen offenbar einzelne Worte mit einander und producirt mitunter durch Zusammensetzung nicht zusammengehöriger Silben die absonderlichsten Wortbildungen. Nebenbei erfolgen ab und zu Aeusserungen, die auf zeitweilige erhebliche Steigerungen des Kopfschmerzes hinweisen. Später tritt mehrmals Erbrechen ein, und zwar insbesondere bei Versuchen aufzusitzen. Dit Verwirrung lässt erst nach mehreren Stunden (nach 3 Uhr) nach.

Abends 6 Uhr. Kopfschmerz noch sehr intensiv, die psychische Störung dagegen verschwunden. Pat. weiss wohl von den Ereignissen im Anfange des Anfalles, von der plötzlichen Umnebelung des Gesichts, dem Kopfschmerze und Erbrechen, hat jedoch von dem Folgenden keinerlei klare Erinnerung.

4. Februar. Kopfschmerz noch vorhanden und zwar den ganzen Kopf einnehmend, jedoch minder intensiv, als den vorhergehenden Tag; kein Erbrechen mehr; Puls und Temperatur normal.

5. Februar. Kopfschmerz noch geringer, Conjunctiva nicht mehr geröthet.

6. Februar. Kopf ziemlich frei, Pat. verlässt das Bett.

Betrachten wir den vorstehenden Fall von der symptomatologischen Seite, so sehen wir bei einer an Migräne leidenden, im Uebrigen aber gesunden Frau ohne erkennbare Ursache eine Reihe cerebraler Functionsstörungen auftreten: Verschleierung des Gesichts, Kopfschmerz, Erbrechen; hieran sich anschliessend Gesichtshallucinationen, ein Zustand der Verwirrtheit, der bis zur völligen Verkennung der Umgebung sich steigert, aphasische Erscheinungen. Die gemüthliche Stimmung ist dabei wenigstens während einer gewissen Zeit eine ent-

Digitized by Google

schieden heitere. Es scheint die Intensität des Kopfschmerzes der Expansion dieser Stimmung Eintrag gethan zu haben. Der zeitliche Eintritt der psychischen Störung ist nicht genau zu bestimmen; dieselbe währte jedoch kaum länger als 5 Stunden, um einem völlig normalen psychischen Zustande sofort wieder Platz zu machen. Hinsichtlich der Art seines Ablaufes sowohl als seines Charakters lässt sich der skizzirte Anfall offenbar unter allen bekannten Formen transitorischer psychischer Störung nur mit den Fällen vergleichen, die als „Mania transitoria" beschrieben sind. Allein auch mit diesen stimmt unsere Beobachtung nicht völlig überein. Unter Mania transitoria versteht man nach von Krafft-Ebing[1] „eine binnen 20 Minuten bis 6 Stunden ablaufende, plötzlich bei vorher und nachher psychisch Gesunden eintretende und verschwindende Störung des Seelenlebens mit völliger Aufhebung des Selbstbewusstseins und der Erinnerung für die Dauer des Paroxismus, der wieder nach dem Schema eines Wuthanfalles, (Furor transitorius) oder eines acuten Deliriums mit grosser Verworrenheit, massenhaften Hallucinationen und Illusionen bei aufgehobener Apperception der realen Welt sich gestaltet und mit einem Stadium eines tiefen Schlafes abschliesst. Heftige Kopfcongestionen leiten bisweilen den Anfall ein, begleiten in der Regel seine Acme, so dass es für die Mehrzahl der beobachteten Fälle scheint, als handle es sich nur um das symptomatische Delirium einer plötzlich eingetretenen und transitorischen Hyperämie der psychischen Centren des Gehirns." In unserem Falle fehlen selbst während der Acme des Anfalles Zeichen von Congestion nach dem Kopfe; es fehlt ferner der den Anfall abschliessende Schlaf, statt desselben haben wir mehrtägigen Kopfschmerz; ferner ist von massenhaften Hallucinationen keine Rede. Da jedoch die Möglichkeit, dass es sich um eine andere Form transitorischer psychischer Störung, wie psychisch-epileptisches Aequivalent, Intoxikationszustand etc. handelt, nach der Sachlage völlig ausgeschlossen ist, so dürften die erwähnten Umstände — wenigstens in den Augen vieler psychiatrischer Collegen — nicht genügen, um den Fall von der Gruppe der Mania transitoria auszuschliessen. Die Classifizirung des Beobachteten ist hier übrigens von untergeordnetem Belang. Die Thatsache, dass wir es mit einer psychischen Störung von mehrstündiger Dauer bei einer bis dahin (und auch nachher) geistig völlig intacten Person zu thun haben, unterliegt jedenfalls keinem Zweifel.

Was nun die pathologische Physiologie des Falles anbelangt, so kann es sich da bei der Acuität des Eintrittes und dem kurzen Bestande der wichtigsten Symptome eine entzündliche Affection ausgeschlossen erscheint, wohl nur um eine transitorische Circulationsstörung im Gehirne handeln. Die Art dieser Circulationsstörung lässt sich jedoch aus dem gegebenen Erscheinungen keineswegs ohne Weiteres ableiten. Ob äusserlich wahrnehmbare Zeichen von Fluxion nach dem Kopfe während der ersten Stunden des Anfalles bestanden, hierüber liegen keine Angaben vor. Die anfänglich vorhandenen Erscheinungen, Gesichtsumnebelung, Kopfschmerz, Erbrechen etc. mögen ebensowohl durch Gehirnanämie

[1] v. Krafft-Ebing, Die transitorischen Störungen des Selbstbewusstseins. Erlangen 1868. S. 81.

Digitized by Google

in Folge von spastischer Contraction der Gehirnarterien als durch eine acut einsetzende Gehirnhyperämie bedingt gewesen sein. Zu der Zeit, während welcher ich die Pat. zu beobachten Gelegenheit hatte, war, wie erwähnt, das Gesicht blass, collabirt, der Puls klein, es trat wiederholt beim Aufsitzen Erbrechen ein. Diese Combination von Erscheinungen weist jedenfalls eher auf bestehende Gehirnanämie in Folge von Gefässkrampf hin, als auf eine vermehrte Blutzufuhr zum Gehirne. Der Umstand, dass neben der Blässe des Gesichts verstärkte Injection der Conjunctiva bestand, ist gegen diese Auffassung nicht von Belang; er zeigt nur deutlich, was ich auch auf experimentellem Wege[1] nachgewiesen habe, dass der Contractionszustand der Gefässe in den einzelnen von der Carotis versorgten Gebieten ein sehr verschiedener sein kann. Die Beendigung der psychischen Störung würde bei dieser Auffassung von einem Sistiren des Contractionszustandes der Gefässe, einer Erschlaffung dieser abhängen in Folge welcher das Gehirn wieder sein erforderliches Quantum von Ernährungsmaterial zugeführt erhielt. Es liegt dann auch nahe anzunehmen, dass der Umschlag in dem Zustande der Gehirnarterien, i. e. die auf die Contraction erfolgende Erweiterung über die Grenzen des Normalen hinausging, und hierdurch der noch Tage lang andauernde Kopfschmerz verursacht wurde. Zu Gunsten dieser Auffassung spricht auch der Umstand, dass die Eisblase eine entschiedene Erleichterung des Kopfschmerzes herbeiführte.

In pathogenetischer Beziehung ist der Umstand von Bedeutung, dass die erwähnten Circulationsstörungen bei einer Frau sich fanden, die an Hemicranie seit ihrer Jugend leidet. Angesichts dieses Umstandes müssen wir uns die Frage vorlegen, ob wir es bei der geschilderten Affection nicht vielleicht mit einem „Aequivalent des Hemicranieanfalles“ (entsprechend dem psychischen Aequivalent des epileptischen Anfalles) i. e. einer atypischen Ausbreitung der im Migräneanfalle vorhandenen vasomotorischen Störung zu thun haben. Es ist nun in der That eine Anzahl von Momenten vorhanden, welche zu Gunsten einer solchen Auffassung sich deuten lassen. Die initiale Erscheinung unseres Falles, Gesichtsstörung leitet mitunter auch den Migräneanfall ein.[2] Das Erbrechen ist bekanntlich eines der häufigsten Vorkommnisse bei diesem Leiden; die Kleinheit des Pulses findet sich ebenfalls nicht selten; das blasse collabirte Aussehen des Gesichtes bei gleichzeitiger Röthung der Conjunctiva wurde nicht minder bei Migräne beobachtet (vgl. insbesondere den viel citirten DU BOIS-REYMOND'schen Fall.[3]) Man hat letztere Erscheinungen durch die Annahme zu erklären versucht, dass sich an den Conjunctivalgefässen auf die Verengerung bereits eine Erschlaffung der Gefässmuskulatur einstellt, während an

---

[1] Experim. und krit. Unters. zur Electrotherapie des Gehirns. 1881. S. 107.

[2] GRASSET, (Malad. du syst. nerv. Paris 1879. Band II. S. 99) erwähnt z. B. eines Falles, in welchem der Migräneanfall am Häufigsten durch Hemiopie eingeleitet wurde. Viel häufiger werden bekanntlich subjective Licht- und Farbenerscheinungen als Prodromi des Migräneanfalles beobachtet. Vergl. auch: GALEZOWSKI, Étude sur la migraine de l'oeil, 1877 und 1878, citirt von GRASSET l. c. p. 101.

[3] Du BOIS-REYMOND, Arch. f. Anat. und Physiol. 1860. S. 461 u. ff.

Digitized by Google

den übrigen Gefässen der spastische Contractionszustand noch andauert. Auch Sprachstörungen, vollständige und unvollständige Aphasie kommen nach Grasset[1] zuweilen bei Migräne vor. Liveing will in einzelnen Fällen leichtere psychische Störungen — l'incoordination de la pensée et l'amnésie nach Grasset's Citat[2] — beobachtet haben. Endlich entspricht die Dauer der wichtigsten Symptome (etwa 6 Stunden) der eines Migräneanfalles. Berücksichtigt man alle diese Umstände, so dürfte sich die Annahme nicht ganz abweisen lassen, dass der beobachtete Anfall in demselben ursächlichen Verhältnisse zu der der Migräne zu Grunde liegenden nervösen Affection wie der einzelne Hemicranieanfall stand, es sich also um eine Art „Aequivalent" des letzteren handelte.

II. Referate.

Anatomie.

1) Sulla struttura della midollo spinale di Laura. (Atti della reale Academia di Torino. Vol. VI. Fasc. 1. 1882.)

1. Die Zellen der Vorderhörner schicken ihre Fortsätze meist in die vorderen Wurzeln.
2. Fasern aus Vorder- und Hinterhörnern bilden die vordere Commissur.
3. Die Zellen der Clarke'schen Säulen haben Fortsätze, die sich zunächst nach innen wenden, dann nach aussen umbiegen und schliesslich zum Seitenstrang gehen.
4. Zum Seitenstrang verlaufen Fasern aus den Vorder- und Hintersäulen.
5. Die Zellen des Hinterhorns sind mit Fortsätzen versehen, die sich
   a) in die vordere Commissur,
   b) direkt nach vorn zu den vorderen Wurzeln,
   c) zum Seitenstrang,
   d) in den Hinterstrang,
   e) in das Hinterhorn der entgegengesetzten Seite, hinter dem Centralkanal die Mittellinie überschreitend, begeben. M.

Experimentelle Physiologie.

2) Essai critique sur les conditions physiologiques de la pensée. État du pouls carotidien pendant le travail intellectuel par Gley. (Arch. de Physiologie, de Brown-Séquard etc. 1881. Nr. 5. p. 742.)

Nach einer kurzen Angabe einiger von früheren Autoren gewonnenen Resultate über die die geistige Thätigkeit begleitenden Körper-Phänomene, wobei auch Mosso's und Thanhoffer's, Brissand's und Fr. Franck's Untersuchungen gedacht wird, erläutert G. seine eigenen Untersuchungen, welche er nur an sich selbst anstellte. Er legte einen Cardiographen, wie man ihn für kleinere Versuchsthiere benutzt, um seinen Hals und liess die Actionen der Carotis schreiben. Bei möglichst constanten äusseren Bedingungen verglich er die Curven bei geistiger Arbeit (Lectüre philosophischer Schriften, Studium geometrischer Aufgaben, Kopfrechnen) und bei geistiger

---

[1] Grasset l. c. p. 103.
[2] Grasset l. c. p. 103.

Digitized by Google

Ruhe (Vermeiden aller Ideenassociationen und allen Nachdenkens). Der Schlaf war bei diesem Selbstexperiment natürlich ausgeschlossen, auch scheint das Referiren des Selbstexperimentiren und die darauf zu verwendende Aufmerksamkeit absolute geistige Ruhe nicht zuzulassen. — Respiration und Herzbewegungen wurden gleichzeitig gezeichnet, ihre Curven blieben sich bei Ruhe und Arbeit gleich. Die Carotiscurve zeigte meist eine geringe Vermehrung der Pulszahl, Erweiterung der Arterie und Herabsetzung der Spannung, vermehrten Dicrotismus während der Arbeit, woraus G. auf Erweiterung der Capillaren des Gehirns und vermehrten Blutzufluss schliesst. Gleichzeitig liess die Radialiskurve Verringerung des Volums und des Dicrotismus erkennen. G. behauptet nun eine Erklärung für diese Phänomene in der reflectorischen Wirkung der geistigen Thätigkeit auf das vasomotorische System der Gehirngefässe zu finden. Siemens.

---

3) **Correlating Function of the Sympathetic Ganglia** by Dr. Edward Woakes, London. (Transact. of the Internat. Med. Congr. II. p. 75.)

Ohne neue Versuche oder Erfahrungen beizubringen, sucht Verf. eine Anzahl bekannter Thatsachen zu verwerthen, um daraus — besonders mit Rücksicht auf das Gangl. cerv. inf. sympath. den Schluss zu ziehen, dass die afferirenden Fasern der Gangl. des Sympath., die zum grössten Theil mit sensiblen und motorischen Nerven in Verbindung stehen, in Reflexverbindung stehen mit den efferirenden Fasern, die von dem Ganglion zu den Arterien gehen. So soll z. B. Schwindel aus dem Magen entstehen, indem der Vagus den Reiz auf das untere Cervicalganglion des Sympathicus überträgt, das dann wieder seinen vasomotorischen Einfluss auf die Arter. vertebralis ausübt, und so Schwindel auslöst u. s. w. M.

---

4) **The physiological action of hyoscyamine** by J. C. Shaw. (Journ. of nervous and mental disease. 1882. Jan. p. 27.)

Die mit Merk'schen (grösstentheils mit krystallinischen) Hyosc. angestellten Versuche ergaben, dass Lähmung der motorischen Nerven (auf dem Blutwege) bei Intactbleiben der Sensibilität eintrat. Puls und Blutdruck fallen nach anfänglicher Steigerung, woran Vagusdurchschneidung nichts ändert. Nach Durchschneidung der Medulla zwischen Atlas und Occiput ist die Drucksteigerung unbedeutend.

Moeli.

---

5) **Ueber die Bewegungen des menschlichen Gehirns** von Dr. Mays. Aus dem physiol. Lab. zu Heidelberg. (Virch. Archiv. LXXXVIII. S. 125—165 und Taf. III u. IV.)

Nach längeren theoretischen Auseinandersetzungen über die Verschiedenheit von Organpulscurven und Arteriensphygmogrammen, sowie nach einer Kritik der einschlägigen Arbeiten von Mosso, Burckhardt u. A. berichtet Verf. über seine nach Mosso's Methode angestellten Untersuchungen an einem Mann und an einem Kind mit Schädeldefecten. Er illustrirt durch zahlreiche Curvenreihen die verschiedenen Formen der Gehirnpulscurve, die mit dem Herzschlag und der — normalen, forcirten und aussetzenden — Athmung, synchronen Schwankungen der Gesammtcurve und Veränderungen des Einzelbildes und bespricht den Einfluss psychischer Thätigkeit auf die Gehirncurve, resp. die Blutfülle im Gehirn. Er bestätigt im Allgemeinen das Thatsächliche der Mosso'schen Befunde, kommt aber zu dem Schluss, dass nur Gemüthsbewegungen Curvenschwankungen hervorbrächten, Denkoperationen dagegen nur dann, wenn Gemüthserregungen damit verknüpft sind. Dasselbe behauptet er auch für die Veränderungen im Schlaf. Wenn ein acustischer oder anderweitiger Reiz

Digitized by Google

während des Schlafs die Curve verändert, wird sich kaum entscheiden lassen, ob das Ursächliche eine Vorstellung oder eine Gemüthsbewegung (also eine Veränderung im Ablauf der Vorstellungen, Ref.) war. Schwankungen der Curve ohne äussere Reize werden auf Träume bezogen. — Endlich wird auch das Steigen der Curve beim Erwachen nicht aus dem Auftauchen von Vorstellungen, sondern aus dem mit dem Erwachen verbundenen Gefühl von Lust oder Unlust erklärt. Tuczek.

---

6) **Ueber reizbare Stellen an Nerven in ihrem Verlaufe** von Prof. J. Budge, Greifswald. (Berl. klin. Wochenschrift. 1882. Nr. 18.)

Unter Bezugnahme auf Moritz Meyer's Beobachtungen über schmerzhafte Druckpuncte bei Neuralgien (Berliner klin. Wochenschrift. 1881. Nr. 31) erinnert B. an seine vor 30 Jahren gemachten Versuche an Fröschen. Er constatirte am N. ischiadicus des Frosches eine — im oberen Drittel — gelegene Stelle von grosser Reizbarkeit, während andere von mittlerer Reizbarkeit waren, noch andere ganz besonders reizlos. — Auch an der Austrittsstelle der Schenkelnerven aus der Wirbelsäule und am Halstheile des N. sympathicus bei Kaninchen fanden sich solche reizbare Stellen.
Hadlich.

---

7) **Weitere Mittheilungen über durch Exstirpation circumscripter Hirnrindenregionen bedingten Entwicklungshemmungen des Kaninchengehirns** von C. v. Monakow. (Arch. f. Psych. XII. S. 535—549 u. Taf. IX. Fig. 3—10. Sep.-Abdr.)

Die Fortsetzung seiner im Arch. f. Psych. XII. 1. mitgetheilten Versuche hat den Verf. bisher zu folgenden Resultaten geführt: Die „Kerne der infracorticalen Ganglien", nämlich die fünf Kerne des Thal. opt. (vorderer, mittler, äusserer, hinterer und Gitterschicht) und die Corpp. geniculata ext. und int., lassen sich durch Exstirpation circumscripter Rindenpartien bei neugebornen Kaninchen isolirt in der Entwickelung hemmen. 1) Die Zone des Corp. gen. ext. entspricht nach der Lage in der Hinterhauptregion dem Munk'schen Sehcentrum; ferner bleiben nach ihrer Entfernung Theile des äusseren Kerns und der Gitterschicht, der Tractus opticus, der vordere Zweihügel in der Entwickelung zurück; auch der N. opticus wird in geringem Grad atrophisch gefunden; 2) die Zone des C. gen. int., lateral von der vorigen, entspricht dem Munk'schen Hörcentrum 3) die Zone des äusseren Sehhügelkerns liegt vor der Sehsphäre, 4) die Zone der Gitterschicht lateral von der vorigen; ausserdem atrophiren laterale Bündel des Pedunculus bis in die Brücke herab. 5) Die Zone des Tub. ant. und des mittleren Sehhügelkerns, nach vorn von den beiden vorigen, umfasst die motorische Region im Stirnhirn. Exstirpation dieser Partie ist ferner — wie zuerst Gudden fand —, gefolgt von Atrophie der Pyramidenbahn und des Vicq d'Azyr'schen Bündels; auch Haubenantheile und ein vom Stirnlappen zum Hinterhauptlappen laufendes Associationsbündel bleiben schmäler als auf der andern Seite.

Der zu den einzelnen Rindenabschnitten gehörige Antheil des Stabkranzes und seiner Fortsetzung geht ebenfalls zu Grunde und zwar: von 1. und 2. aus der hintere Abschnitt, von 3. und 4. aus das dritte Fünftel, von 5. aus der vordere Abschnitt der inneren Kapsel. Tuczek.

Pathologische Anatomie.

8) **Ein 12jähriger Microcephale** von Dr. A. Falkenheim sen. in Königsberg i. Pr. (Berlin. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 19.)

Friedrich Ulrich aus Wickbold bei Königsberg, das 8. Kind von gesunden Eltern, die 9 gesunde Kinder besitzen, hat einen Schädel, dessen Dimensionen an Kleinheit

Digitized by Google

nur von den von Leubuscher beschriebenen Azteken unter allen Microcephalen übertroffen werden: Ohrstirnlinie horizontal 22, Ohrhinterhauptslinie 20, Ohrscheitellinie vertical 24 cm.

Trotzdem ist seine Intelligenz relativ gut, er spricht einzelne Worte, ist reinlich, hat Gedächtniss etc. Genaueres s. im Original. Hadlich.

---

9) **Ueber multiple tuberöse Sklerose der Hirnrinde.** Ein Beitrag zur pathologischen Anatomie der Idiotie von O. Brückner. (Archiv für Psychiatr. XII. S. 550—563 u. Taf. VIII.)

Verf. resümirt kurz, was wir von den der Idiotie zu Grunde liegenden anatomischen Veränderungen bisher wissen und theilt dann einen Fall mit, der klinisch und anatomisch dem sehr ähnlich ist, welchen Bourneville kürzlich (Arch. de Neurol. 1, p. 91) als „Sclérose tubéreuse des circonvolutions cérébrales" beschrieb. Es handelt sich um eine aus phthisischer, nicht aber neuropathischer Familie stammende, nicht aphasische Idiotin, welche seit ihrem 9. Jahr an epileptischen und choreaartigen Anfällen in ziemlich langen Pausen litt und in den letzten Lebensjahren das Bild völligen Blödsinns mit intercurrenten Aufregungszuständen bot. Alle Bewegungen waren täppisch und ungeschickt, der Gang mehr hüpfend; grobe Motilitätsstörungen und Sensibilitätsstörungen bestanden nicht. Tod an Phthise im 22. Lebensjahr. Es fanden sich über die gesammte Grosshirnoberfläche verstreut, erbsen- bis zweimarkstückgrosse sklerotische Knoten und Polster, die mit ihrer glatten Oberfläche das Niveau der normalen Windungen überragten und nur die stellenweise auf das Doppelte verbreitete Rindensubstanz einnahmen. Die härtesten Herde bestanden aus derbem faserigem Bindegewebe mit zahlreichen Rundzellen; die Ganglienzellen fehlten fast ganz. In den weniger harten Knoten fanden sich in einem lockeren feinmaschigen Reticulum viele Ganglienzellen auf einen kleinen Raum zusammengedrängt. Sitz der zahlreichsten und grössten Herde war das Stirnhirn (mit Ausnahme links der ganzen, rechts des hintern Abschnitts der III. Windung) und die linksseitigen Centralwindungen. — Die Veränderungen im Stirnhirn werden für die Intelligenzdefecte, die in der motorischen Region für die Epilepsie und den anomalen Charakter der Bewegungen in Anspruch genommen. In beiden Kleinhirnhemisphären fand sich je ein kleiner sklerotischer Knoten, in den Ventrikeln Granulation des Ependyms bis zu polypenartigen Wucherungen.

Verf. weist auf die Analogie seines Befunds mit der Hypertrophia cerebri hin. Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

10) **Statistische Mittheilungen über 35 Fälle von Tabes dorsalis** von Ernst Rehlen. (Dissertation. München 1882.)

R. hat 35 reine Fälle von typischer Hinterstrangsklerose aus der Maxbrunner Anstalt statistisch bearbeitet. Sämmtliche betreffen Männer; der Beginn fällt in's 25.—60. Lebensjahr, überwiegend in die Zeit vom 36.—45. Lebensjahre; neuropathische Disposition fand sich 5mal (14,3%), in 26 Fällen (74,3) bilden häufige Erkältungen oder Durchnässungen eines der ätiol. Momente, doch sind nur 7 Fälle, wo dieselben als einziges Moment angegeben waren: in 4 Fällen (11,4%) fehlte jede nachweisbare Ursache; in 1 Falle fand sich Trauma angegeben, Excesse in venere in 14 Fällen jedoch niemals als alleiniges Moment; Gemüthsbewegungen, acute Krankheiten fanden sich niemals als Ursache; Herzaffectionen waren in keinem Falle nachzuweisen; in 8 Fällen (23%) war Syphilis, in 8 weicher Schanker vorhergegangen, 1 Fall ist zweifelhaft; bei jenen war nur in 2 Fällen die Syphilis das einzige muth-

Digitized by Google

massliche ätiol. Moment; klinische Differenzen zwischen „syphilitischen“ und nicht syphilitischen Fällen waren nicht nachzuweisen; die ersten Erscheinungen nach der Infection traten nicht vor dem 4., zumeist von da ab bis zum 10. Jahre auf. Auf Grund einer Zusammenstellung des bisher publicirten Materials glaubt R. ein rein zufälliges Zusammentreffen von Syphilis und Tabes ausschliessen zu können. Aus der statistischen Verwertung der Symptomatologie führen wir nur noch folgendes an: Lähmungen der Augenmuskeln fanden sich in 13 Fällen, in 9 davon nur vorübergehend; sämmtliche Fälle betrafen das Initialstadium; die von Müller beschriebene transitorische Accommodationslähmung wurde nicht beobachtet; dagegen plötzlich auftretende bleibende Emmetropie bei einem myopischen Tabischen. Das Kniephänomen fand sich in 3 Fällen mehr oder weniger gut vor, entweder einseitig fehlend, oder beiderseitig abgeschwächt; erwähnt werden 2 gesunde Individuen ohne Kniephänomen, ferner, dass ein früher von Fischer mitgetheilter Fall (Degen) von Tabes mit Kniephänomen seither geheilt ist, demnach die Diagnose modificirt wird; für die von Fischer früher urgirte Coincidenz des Verhaltens von Schmerzleitung, Blasenfunction und Sehnenreflexe fand sich kein weiteres Beweismaterial; Complication mit Psychosen fand sich 4mal (hypochondrische Melancholie, Melancholie mit Angstzuständen, primäre Verrücktheit, Dementia paralytica).

Bei den einzelnen Punkten stellt R. eingehende vergleichend-statistische Untersuchungen mit der betreffenden Literatur an. A. Pick.

---

11) **Hyperämia of the medulla oblongata** by J. K. Mulvane. (Journ. of nerv. and mental disease. 1882. Jan. p. 129.)

Dieser Zustand wird vermuthet bei einem Knaben, der häufig minuten- bis stundenlange Anfälle von Bewusstseinsstörung, Strabismus, Facialiskrampf, Respirationsstörung mit Auftreten subconjunctivaler Ecchymosen hatte. Moeli.

---

12) **Recovery after taking and retaining two hundred and eighty grains of Chloral and two grains of Morphia** by R. M. Griswold. (The independent Practitioner. New-York, Febr. 1882.)

Eine 30jährige Frau nahm zum Zwecke des Suicidium 16,8 grmm. Chloral und 0,12 grmm. Morphium auf einmal. Bewusstlosigkeit, pulslos, Temperatur 35° C., Respiration kaum merkbar, etwa 8mal in der Minute. Heisses Wasser an die Füsse, Eis auf den Kopf, Electricität. Nach 3 Stunden Temp. 36,0°, Resp. 12, flatternder Puls fühlbar. Unter fortgesetztem Gebrauche der Electricität und Reiben während 24 Stunden, war die Temperatur nach dieser Zeit normal, Resp. 15; Bewusstsein kehrte wieder, Pat. nahm Wein und 0,004 grmm. Strychnin und wurde bald völlig hergestellt. M.

---

13) **On Percussion of the Skull in the Diagnosis of Diseases of the Brain** von Dr. Alexander Robertson, Glasgow. Transact. of the international medical Congress II, p. 55.)

Verf. betont die Wichtigkeit der Schädelpercussion, besonders in den Fällen, in denen die Kranken selbst nicht angeben, dass sie irgend einen fixen Schmerz hätten, und meint, dass es mit Hülfe derselben möglich ist, die Lokaldiagnose im Hirn zu stellen oder zu unterstützen, und auch der Therapie einen Ausgangspunkt zu geben.

6 Fälle, die er zur Unterstützung dessen anführt, sind für die Lokalaffection nicht beweisend, da die Section fehlt. M.

Digitized by Google

14) Cysticercus im Rückenmark von Dr. Walton. (Practitioner. April 1882.)

Pat. war eine 56 Jahre alte Schlächterwittwe. Fast vollständige Lähmung der Beine; absolute Analgesie in Gesicht, Armen und Beinen; reaktionslose Pupillen; fehlende Sehnenreflexe, blande Delirien, unregelmässiges Fieber (37—41°) im Ganzen die Zeichen des Endstadiums der Tabes.

Section: Cysticercen in der rechten untern Stirnwindung, in der linken Occipital- und rechten mittleren Temporalwindung und im rechten Corp. striatum. Das Rückenmark zeigte graue Degeneration der Hinterstränge. In der Höhe des 3. und 4. Spinalnerven befand sich im linken Vorderhorn eine 6 mm. im Durchmesser grosse Cyste, die einen charakteristischen Cysticercus enthielt.

Verf. glaubt, dass die Seltenheit, mit der bisher Cysticercen im Rückenmark beobachtet wurden (unter 3000 Fällen von Cysticercus, die von Delore, Bonhomme und Dressel gesammelt wurden, befindet sich nicht einer von solchen im Rückenmark) darauf beruht, dass das Rückenmark nicht untersucht wurde. M.

---

15) Gomme syphilitique de la 1. circonvolution frontale gauche empiétant légèrement sur le lobule paracentral avec hémiplégie droite sans hémianesthésie. — Rotation et déviation conjuguée de la téte et des yeux. — Aphasie par Gilles de la Tourette. (Soc. anatom. Séance du 7. X. 81; Progr. méd. 1882. 18).

Die im Titel bezeichnete Geschwulst war der einzige Befund bei einer 34 jährigen, die 12 Tage vor dem Tod von den oben angeführten Erscheinungen befallen worden war. Tuczek.

---

16) On meningeal tuberculosis of the cerebral convexity by J. Mickle (Med. Times and Gaz. April 15. 1882).

Bei zwei Phthisikern fand M. neben Tuberculose der Lunge und der Abdominalorgane Miliartuberculose der Pia und zwar nur der Convexität. Die zum Theil verkästen Knötchen standen einzeln und in Gruppen auf dem injicirten und getrübten Grundgewebe und hafteten fest an der Rinde, daneben Hydrocephalus int. im ersten, Ependymgranulationen im zweiten Fall. — Hirnerscheinungen und zwar ganz diffuser Natur hatten nur in den allerletzten Lebenstagen bestanden, im I. Fall Benommenheit des Sensoriums, Schluckbeschwerden und modificirtes Cheyne-Stoke'sches Athemphänomen; im II. Fall nur allgemeines Krankheitsgefühl und leichte Bewusstseinsstörungen. Dieser II. Fall betraf übrigens ein seit mehren Jahres geisteskrankes Individuum, das als dement, gedächtnissschwach, zerstreut, mit Wahnideen, Hallucinationen und Depressionszuständen behaftet, geschildert wird (Paralytiker? Ref.). Gröbere Störungen der Motilität und des Sehvermögens fehlten in beiden Fällen, obgleich auch die motorische Region und der Occipitallappen mit miliaren Knötchen besetzt war (feinere Prüfungen liess wohl der Zustand der Kranken nicht zu). Tuczek.

---

17) Ist der Verlust an Körpergewicht ein Erkennungszeichen eines vorausgegangenen epileptischen Anfalles? Von Dr. G. Krantz. (Allg. Ztschr. für Psychiatrie. 39. Heft 1.)

Nach methodischen, längere Zeit fortgesetzten Wägungen bei 7 epileptischen Kranken hat K. gefunden, dass kein bestimmtes Gesetz im Verhalten des Körpergewichtes nach dem epileptischen Anfall sich auffinden lässt. Zwar fand sich nach schweren Anfällen öfter ein Gewichtsverlust, als nach leichten, indess findet sich nicht einmal regelmässig nach den Anfällen ein Verlust an Körpergewicht, sondern sowohl ein Stehenbleiben wie selbst eine Gewichtszunahme. Sioli.

Digitized by Google

18) Etwas über die Schwankungen des Gewichts der Epileptischen von V. v. Olderogge. (Arch. f. Psych. Bd. XII. Heft 3.)

O. widerlegt auf Grund eigener Beobachtungen die Behauptung Kowalewsky's, dass die Epileptischen in Folge ihrer Anfälle in auffallender Weise an Körpergewicht verlieren. Er suchte durch wiederholte und genaue Wägungen die Fehler und Ungenauigkeiten Kowalewsky's zu vermeiden und kam (ebenso wie Jolly u. A.) zu dem Resultat, dass der Gewichtsverlust der Epileptischen bei den Anfällen gering ist und durchaus nichts besonderes darbietet, und dass für die Erkennung der Simulation dieses Verhalten sich durchaus nicht verwerthen lässt. Siemens.

---

19) On ophthalmoplegia externa, in conjunction with tabes dorsalis, with some remarks on gastric crises by Thomas Buzzard. (Brain. April 1882.)

Verf. beschreibt 2 Fälle von tabes dorsalis, welche dadurch interessant werden, dass sich bei denselben eine symmetrische, fast vollständige Unbeweglichkeit der Bulbi mit leichter Ptosis der Lider findet. In dem einen Falle ergab die Autopsie — abgesehen von der grauen Degeneration der Hinterstränge — miliare Blutextravasate in der Gegend der Abducenskerne. Die Untersuchung der Oculomotoriuskerne fehlt.

In dem 2. Falle, bei welchem die Section fehlt, war eine Atrophie einzelner Rücken- und Schultermuskeln, der Sternocleido-mastoidei und des rechten Pectoralis major bemerkenswerth.

Buzzard vermuthet für dieselben centrale sclerotische Herde. Inbetreff der heftigen gastrischen Krisen weist er auf eine möglicherweise vorhandene Affection der Vaguskerne hin. Gnauck.

---

20) Beitrag zur Lehre von den Lähmungen im Bereiche des Plexus brachialis. Von Dr. Martin Bernhardt, Berlin. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IV. Heft 3. S. 415. Sep.-Abdr.)

B. beschreibt zwei Fälle jener zuerst von Erb beobachteten Lähmungsform an der oberen Extremität, bei welcher in auffallend übereinstimmender Weise stets dieselben Muskeln, nämlich die Mm. deltoideus, biceps, brachialis internus, supinator longus (eventuell auch brevis) und einige Aeste des N. medianus betroffen sind, während das Ulnaris-Gebiet stets vollständig verschont bleibt. Die lähmende Ursache kann in diesen Fällen nur im Plexus brachialis gesucht werden, an einer Stelle, wo die motorischen Nerven der genannten Muskeln noch vereinigt neben einander liegen. Wahrscheinlich kommen vorzugsweise Fasern des fünften und sechsten Cervicalnerven in Betracht. In dem ersten Falle B.'s entstand die Lähmung beim Tragen einer schweren Last in Folge von Druck des Tragbandes auf die rechte Regio supraclavicularis. Es kam zu keiner Entartungsreaction, nur zu einer einfachen Herabsetzung der elektrischen Erregbarkeit. Nach vier Wochen trat völlige Heilung ein. Im zweiten Fall betraf die Lähmung ausser den genannten Muskeln auch noch den M. infraspinatus und wahrscheinlich auch den M. supraspinatus. In den meisten befallenen Muskeln trat Entartungsreaction ein und bis jetzt ist nur eine geringe Besserung durch die elektrische Behandlung erzielt worden. Die Betheiligung des M. infraspinatus ist deshalb interessant, weil dieser Muskel bei der von Duchenne zuerst beschriebenen, der erwähnten Lähmungsform ganz analogen „Entbindungslähmung" (gewöhnlich durch künstliches Lösen der Arme bei der Geburt entstanden) auch meist befallen ist. B. berichtet ebenfalls kurz über einen derartigen selbstbeobachteten Fall. Strümpell.

Digitized by Google

21) **Klinischer Beitrag zur topischen Diagnostik der Hirnverletzungen und zur Trepanationsfrage** von Prof. Krönlein in Zürich. (Corresp.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1882. Nr. 6).

In der Gesellschaft der Aerzte in Zürich stellte Verf. am 7. Jan. einen höchst interessanten Fall vor, wo aus ganz bestimmten Herdsymptomen eine einfache uncomplicirte Hirnwunde diagnosticirt und richtig localisirt, und durch Trepanation Heilung herbeigeführt werden konnte. Ein Mann erlitt durch den Haken einer schweren eisernen Klammer eine Verletzung über dem rechten Scheitelbein an einer Stelle, welche 2 cm hinter der verticalen Verbindungslinie der äusseren Gehörgänge und 5 cm lateralwärts von der Medianlinie liegt. Im Moment der Verletzung empfand der Kranke Zucken und Reissen hauptsächlich im linken Arm, der sofort kraftlos wurde, dann verlor er für 10 Minnuten das Bewusstsein. Nach drei Tagen bestand leichte Parese des linken Arms bei erhaltener Sensibilität, Gefühl von Eingeschlafensein und Ameisenlaufen im linken Vorderarm. Am sechsten Tage traten heftige klonische Krämpfe im linken Arm besonders der Flexoren ein, die auf den linken Deltoides und Pectoralis, vorübergehend auch auf den linken Obliquus abdom. ext. übergingen, begleitet von starken Schmerzen im linken Arm und der linken Gesichtshälfte und einem Gefühl von Zuckungen im linken Orbic. palpebr. und am linken Nasenflügel, die objectiv nicht nachweisbar waren. Während dieses Anfalls war die Sensibilität des linken Arms leicht herabgesetzt, Bewusstsein und Intelligenz nicht einen Moment getrübt; nach dem Anfall: beinahe vollständige Lähmung des linken Arms, ohne gröbere Sensibilitätsstörungen, deutliche Ptosis und leichte Parese des linken Mundfacialis. — Bei der Operation fand sich ein Stichbruch der inneren Glastafel und ein Knochensplitter, der 1 cm tief in dem mittlern Theil der rechten hinteren Central-Windung eingedrungen war; keine Blutung, keine Entzündungserscheinungen; der Splitter wurde extrahirt, die Länge der Hirnwunde mass 1 cm, die Breite 1—2 mm. Parese und Paraesthesien in der linken Gesichtshälfte und im linken Vorderarm dauerten noch längere Zeit fort; der gute weitere Verlauf wurde unterbrochen durch mehrere Anfälle von klonischen Krämpfen im linken Arm, und durch vorübergehende Erscheinungen von Hirndruck, die Verf. auf Blutaustritt in die Schädelhöhle bezieht, da sie mit starkem Durchbluten des Verbands zusammenfielen. — Nach vollständiger Heilung blieb Herabsetzung der motorischen Kraft (auch nach $3^1/_2$ Mon. noch) im linken Arm, Unsicherheit bei complicirteren Fingerbewegungen, Kribbeln im Vorderarm und in den Lippen, mangelhafte Localisation auf der Dorsalfläche der Hand, der dorsalen und volaren Fläche des Vorderarms noch längere Zeit zurück, während Grösse der Empfindungskreise und Muskelgefühl keinen Unterschied zwischen rechts und links zeigten. Dieser in der That reine Fall verweist — in voller Uebereinstimmung mit Exner — in die mittlere Partie der hinteren Central-Windung das absolute Rindenfeld der oberen Extremität, das relative des Facialis und Levator palpebr. sup. und erhöht die Wahrscheinlichkeit des Zusammenfallens der tactilen Rindenfelder mit den motorischen. Tuczek.

---

22) **Ein Fall von Hirnverletzung** von Dr. Jaeger. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. Nr. 8.)

Nach einer penetrirenden Schädelverletzung über dem rechten Scheitelbeine stellten sich Parese des linken Armes und Lähmung im Gebiet des linken Mundfacialis mit erschwertem Sprechen ein; später Schmerzen, Parästhesieen, Zuckungen im linken Arm, schliesslich ein ausgebildeter Anfall von allgemeinen Convulsionen. Heilung nach Entfernung mehrerer Knochensplitter. Tuczek.

Digitized by Google

23) Ramollissement cérébral avec aphasie et contracture par M. Lavin. (Soc. anatom. 20. Juli 1881; Progr. méd. 1882. No. 15.)

Apoplectischer Anfall mit totaler rechtsseitiger Lähmung und Sprachverlust; im weiteren Verlauf allgemeine Convulsionen, rasche Entwickelung von Contractur und Atrophie der gelähmten Glieder mit gesteigerten Sehnenreflexen. Tod nach 11 Monaten. Erweichung nur der Marksubstanz des hintern Abschnitts der linken untern Stirnwindung. (Rückenmark?) Tuczek.

---

24) Note on the curability of Tabes dorsalis by Long Fox. (Lancet. Jan. 7. 1882.)

An ein ausführliches Referat über F. Schultze's interessante Mittheilungen „Zur Frage von der Heilbarkeit der Tabes" — (Archiv für Psychiatrie. XII, 1.) — schliesst Verf. einen skizzenhaften Bericht über eine im 4. Jahre der Erkrankung eingetretene bis zu völliger Restitution des Coordinationsvermögens gehende Remission von Tabes mit dem anatomischen Befunde typischer Hinterstrangserkrankung. Damit in Verbindung erörtert er die Frage der aetiologischen Beziehung zwischen Tabes und Syphilis und sieht in nachstehendem Falle einen Beitrag zu demselben: Ein seit Jahresfrist an zunehmender Gehschwäche leidender 44jähriger Mann wird 10 Tage nach dem Erscheinen eines frisch acquirirten harten Schankers an beiden Beinen paretisch; hat 5 Tage darauf complete motorische und sensible Lähmung beider Beine, Urinretention, Schwund der Patellarreflexe, träge reflectorische Pupillenreaction, rechtsseitige Abducenslähmung, Ulnarisparästhesien „Gehörstörungen". Eine antiluetische Behandlung verschlimmert das Leiden, welches auf Phosphor- und Strychningebrauch bis auf eine geringe Parese der Beine und des rechten Externus oculi zurückgeht, Patellarreflexe dauernd geschwunden.

(Der Fall, dessen anatomische Untersuchung fehlt, dürfte für die Entscheidung der luetischen Aetiologie der Tabes nach obiger Darstellung immerhin weit mehr beschränkteren Werth besitzen, als Verf. in seiner Epikrise demselben beizulegen geneigt ist. Ref.) Kast.

---

25) Observation de Tabes avec phénomènes épileptiformes pendant les premières périodes de l'Affection von Prof. Vulpian. (Revue de Médecine. Février 1882.)

V. beschreibt in sehr ausführlicher und genauer Weise einen Fall von „Tabes", bei einem 27jährigen Mann, bei dem die ersten Erscheinungen einen Anfall von Bewusstlosigkeit darstellten, dem nach 4 Wochen ein Schwindelanfall mit vorübergehender Lähmung der rechten Gesichtshälfte und Aphasie folgte. Kurze Zeit nachher begann motorische Schwäche. 6 Monate später traten wiederholte epileptoide Anfälle auf, z. Th. mit Laryngismus; einem folgte rechtsseitige Hemiplegie und Aphasie. Dabei andauernd heftige Kopfschmerzen. Diese sowohl, wie jene Anfälle sind seit $1^3/_4$ Jahren vollständig verschwunden. In dieser Zeit treten jedoch Laryngeal-Krisen und gastrische Krisen wiederholt auf. Ausserdem zeigten sich — ebenfalls vorübergehend — Anfälle von Zittern, stundenlang Contracturen, besonders in den Fussmuskeln, halbseitige vasomotorische Störungen der Haut, Schwäche in einzelnen Muskeln, besonders in den Adductoren der Oberschenkel, so dass Pat. die Kniee nicht aneinander bringen konnte, Hydrarthrose im Knie während mehreren Wochen. Während alle diese Erscheinungen verschwanden, entwickelte sich das vollständige klinische Bild der Tabes.

M.

Digitized by Google

Psychiatrie.

26) Etude clinique sur l'absinthisme chronique. Thèse inaugurale de Léon Gautier. Paris 1882.

Auf Grund von 60 Beobachtungen, von denen 17 ausführlich berichtet sind (8 betreffen Frauen) sucht Verf. die Pathologie des chron. Absinthismus, besonders auch mit Rücksicht auf die Unterschiede zum chron. Alkoholismus festzustellen. Das Missliche dieser Feststellung beruht schon darauf, dass die Getränke, die als Absinth verkauft und genossen werden, sehr verschiedene Dinge, häufig wohl nur Alkohol sind.

M.

---

27) Einige Beobachtungen über die Temperatur bei periodischen Geisteskranken von Dr. Haase. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. Heft 1.)

H. ist nach Temperaturmessungen an Geisteskranken (die Messungen wurden nur früh und abends vorgenommen und sind ohne Angabe der Temperatur der Umgebung und der äusseren Verhältnisse mitgetheilt) zu dem Schluss gelangt, dass der Zustand der Erregung bei „maniakalischen" Kranken allemal mit einer Steigerung ihrer Körpertemperatur verbunden ist, dass die Temperatur immer höher steigt, jemehr die Erregung zunimmt, und dass schliesslich die Temperatur solcher Kranken während den Ruhepausen fast immer subnormal ist. Es handelt sich nach den sehr langen Krankengeschichten grossentheils um chronische resp. secundäre z. Th. hallucinatorische Fälle, bei denen die Anamnese ungebührlich breit gehalten ist, während die Zustände während der oberflächlich mitgetheilten Messungen sehr stiefmütterlich behandelt sind; Tabellen fehlen ganz, trotzdem in den Krankengeschichten auf Curven recurrirt ist.

Sioli.

---

28) Zur Frage der Lokalisation der Ernährungsstörungen des Gehirns bei Verrückten. Vortrag von Dr. Karl Lechner, gehalten am 11. März 1882 im königl. Verein der Aerzte zu Budapest.

Vortragender betont, dass das eigentliche Wesen dieser Krankheit bisjetzt gänzlich unbekannt geblieben sei, weil einestheils pathologische Anatomie diesbezüglich nicht den mindesten Aufschluss geben könne; und weil andererseits etwaige Experimente an Thieren schon wegen der eminenten Gradverschiedenheit, betreffend die intellectuellen Fähigkeiten des Menschen- und Thier-Hirnes, zu rosigen Hoffnungen nicht berechtigten. Um aber dennoch in das Wesen der Verrücktheit, selbst mit den heute uns zu Gebote stehenden Mitteln der Wissenschaft, einen mehr klaren Einblick verschaffen zu können, versuchte es Vortragender die Entwickelung der menschlichen Vernunft überhaupt vom frühesten Kindesalter bis ins reife Mannesalter zu studiren und zu prüfen, auf welchem Wege es nach seiner Ansicht nach gelingen dürfte wenigstens dasjenige Terrain des Grosshirns genauer zu benennen und zu umgrenzen, innerhalb dessen alle, den Symptomencomplex der Verrücktheit hervorrufenden, Ernährungsstörungen verlaufen. Die Kenntniss dieser engeren Marken liesse vielleicht eine tiefere Einsicht in die Werkstätte jener Veränderungen gewähren, welche als Ernährungsstörungen zur Auslösung der benannten Krankheit mitzuhelfen berufen sind.

Vortragender sucht im weiteren Verlaufe seiner Erörterungen klarzulegen, dass während des Entwickelungsganges der Intelligenz sich beim Kinde in nachstehender Reihenfolge, sowohl das leichtere Eintreten der visceralen und tactilen Empfindungen ins Bewusstsein — in Form von anormen Sensationen — wie auch der Beobachtungs-, Grössen- und Verfolgungswahn einzustellen pflege, welchem sich später Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Zwangsgefühle, Illusionen und veränderliche Gemüthsstimmungen anzuschliessen gewohnt sind. Da sich aber alle diese Erscheinungen auch

Digitized by Google

zu den charakteristischen Symptomen der Verrücktheit rechnen dürfen, und ausserdem nur auf die mangelhafte Ausbildung der, dem logischem Apparat zur Verfügung stehenden Associations-Bahnen zurückzuführen sind: wird es zum besseren Verständniss des Wesens der Verrücktheit genügen, wenn man das Gehirn von seiner Vollentwickelung auf jene Stufe der unvollkommenen Associations-Verbindungen zurückversetzt, auf welcher es gestanden hatte im Kindesalter.

Des Weiteren sucht Vortragender nachzuweisen, dass einestheils die Associations-Vorgänge der Hirnrinde, indem sie den logischen Apparat in sich bergen, zugleich auch die Hemmungsfähigkeit der Rinde bedingen; andererseits, dass diese Hemmungsfähigkeit der Rinde um so vollkommener zur Aeusserung gelange, je grösser sich die Zahl jener Associationen beziffert, deren Masse durch die jeweilige Reizeinwirkung innerhalb der Rindensubstanz auf einmal in Erregung versetzt wird. Indem aber der Grössenwerth des Hemmungsvermögens der Rinde gleichzeitig auch den Entwicklungsgrad der Willensfreiheit bestimmt; kann der freie Wille in seiner Vollkommenheit als constanter Zahlenmesser derjenigen Associations-Bögen bezeichnet werden, welche der Hirnrinde, im schlussbildenden Denkprozesse, zur Verfügung bereitgestellt warten.

Einmal jedoch anerkannt jene geraden Beziehungen, in welchen der menschliche freie Wille in seiner Vollkommenheit zur Zahl der Associations-Verbindungen steht, müssen wir auch jene Thatsache acceptiren, wonach jedewede krankhafte Störung des Willens auch eine Veränderung im Funktionsleben dieser Associations-Bahnen voraussetzen lässt. Wenn aber die bedeutendsten Symptome der Verrücktheit sich durch eine Störung des freien Willens erkennbar machen; so wird auch nothgedrungen jede, dieselbe ins Leben rufende, Functions-Anomalie nur in Veränderungen der Associations-Pfade zu suchen sein.

Auf diese Thatsachen sich stützend unternimmt es Vortragender seine weiteren Ansichten und Schlussfolgerungen aufzubauen, aus denen hervorgeht, dass durch den gruppenweisen Ausfall solcher Associationspfade aus dem Arbeitskreise des Gehirnmechanismus, sich nicht nur das Inslebentreten des einseitigen, falschen Urtheils, sondern auch die Entstehung von Zwangsvorstellungen, Zwangshandlungen, Zwangsgefühlen und Illusionen erklären liesse, so wie die Entwickelung der Wahnideen und des Stimmungswechsels nachzuweisen sei. — Aus all' Dem zieht Vortragender den Schluss, dass jede Ermüdung, Lähmung oder sonstige Leitungsunfähigkeit der benannten Associations-Wege gerade so zur Ausbildung des Symptomencomplexes der Verrücktheit zu führen vermöge, wie der Mangel derselben Verbindungen im ungenügend entwickelten Kindeshirn ganz dieselben Erscheinungen zu Tage zu fördern im Stande ist.

Indem schliesslich die fraglichen Associations-Bahnen zumeist an die Grenze des Rindengrau als oberste Schicht des Vorderhirnmarkes zu finden sind: können wir berechtigter Weise vermuthen, dass die, das klinische Bild der typischen Verrückheit auslösende, Ernährungsstörung innerhalb des Umfanges der besagten Stelle abzulaufen hat.

Was die, die Verrücktheit häufig begleitenden hallucinatorischen und selteneren katatonischen Erscheinungen betrifft glaubt Vortragender dieselben ebenfalls mit Anschluss an die obigen Anomalien erklären zu können, und verspricht denselben ein andermal eingehendere Würdigung willfahren zu lassen.

Otto Schwartzer (Budapest).

---

29) On moral insanity by J. R. Gasquet. (Journ. of mental science. April 1882).

Verf. will beim moralischen Irrsein zwischen falscher Beurtheilung der Handlungsmotive und Abnormitäten in der Fähigkeit zur Auswahl der Motive unterscheiden.

Im ersten Fall ist der Pat. im Stande die Motive seiner Handlungen zu

Digitized by Google

überlegen und sich für bestimmte zu entscheiden, er ist aber in der Auswahl pervers, da er sie abnorm beurtheilt, ihm erscheint im ersten Falle gut böse und böse gut. Zur zweiten Categorie gehören die Patienten, welche verschiedene Reihen von Motiven einigermaassen normal beurtheilen, aber ihren Willen nicht soweit concentriren können, um sich für eine der Reihen zu entscheiden, das Resultat ist scrupulöses und capriciöses Handeln. In schwereren Fällen treten die Motive höherer Ordnung zurück und nur die niederen Leidenschaften bestimmen das Handeln, wie in frühen Stadien der allgemeinen Paralyse etc. Smidt.

---

30) **On the education of the insane and the schoolsystem as carried out, at Richmond District lunatic asylum Dublin** by John Fox, schoolmaster of the above asylum. (Journal of mental science. April 1882).

Bericht über Schulunterricht, Handarbeit und Ackerbaubeschäftigung der Irren in der Richmond-District-Anstalt. Die Unterrichtsgegenstände werden möglichst dem Charakter der Patienten angepasst, besondere Neigungen werden berücksichtigt. Bevorzugt werden neben den elementaren Fächern (Lesen, Schreiben und Rechnen) die auf Anschauung basirenden Unterrichtsgegenstände (Naturgeschichte, Geographie, bes. ferner Zeichnen und Musik). Es wird so auch Patienten aus bessern Ständen, die sich mit grober Handarbeit nicht befassen, Gelegenheit zur geordneten Thätigkeit gegeben. In Bezug auf die Details muss auf das interessante Original verwiesen werden. Smidt.

---

31) **De l'insanité dans la paralysie agitante** par B. Ball. (L'Encéphale. 1882. 1.)

Geistige Störungen bei Paralysis agitans sind bereits mehrfach beschrieben, von den meisten Autoren ist dies als zufälliges Zusammentreffen gedeutet worden. B. ist der Ansicht, dass bei fast allen Kranken mit Paralysis agitans mehr oder minder deutliche Seelenstörung besteht. Die beigefügten Krankengeschichten zeigen verschiedene klinische Formen von geistiger Störung. [Bei allen ist der Charakter der geistigen Schwäche deutlich und manche erinnern an Dementia paralytica. Ref.] Sectionsbefunde fehlen leider ganz. Doch glaubt B. nach seinen Beobachtungen den Sitz der Läsion abweichend von den Autoren an den gleichen Ort wie den Sitz der Seelenstörung, also in die Gehirnrinde, verlegen zu müssen, besonders weil die Erscheinungen des Zitterns und die psychischen Störungen sich in einzelnen Fällen gleichzeitig besserten. Siemens.

Therapie.

32) **Natr. salicyl. gegen nervösen Kopfschmerz** von Stabsarzt Dr. Röhring, Amberg. (Allg. med. Centralztg. 1882. Nr. 32. Sep.-Abdr.)

Nach Oehlschläger's Vorschlag wandte Verf. das obige Mittel in Dosen von 0·5 dreistündlich bei einem 16jährigen Knaben an, der seit seinem sechsten Lebensjahr nahezu ununterbrochen mit Kopfschmerzen behaftet war (Mutter leidet an Migräne) und erzielte rasche, anscheinend dauernde Heilung. M.

---

33) **Therapie der Chorea** von Dr. S. L. Abbot. (Ref. in The Practititioner. April 1882.

Verf. heilte einen Fall von Chorea nach akutem Rheumatismus bei einem 29jähr. Mädchen in 4 Wochen durch Salicin, einem andern, ebenfalls in der Reconvalescenz von akutem Rheumatismus entstandenen, durch Tinct. Veratr. virid. in Dosen von 0,6 grm. M.

Digitized by Google

34) Nerve Stretching in Infantile Paralysis by R. M. Simon. (The Brit. Med. Journ. 25. II. 82.)

Ein 5jähriger Knabe leidet seit 5 Jahren an spinaler Kinderlähmung, welche das rechte Bein betrifft; die Muskulatur des letzteren schwächer entwickelt als links; faradische Erregbarkeit normal mit Ausnahme des Sartorius, der Abductoren, des Tib. ant., des Ext. brevis digit., die nur schwach, und des Ext. long., der gar nicht reagirt. Beim Gang wird das Bein etwas seitwärts geschleudert und stossweise niedergesetzt. Pat. fällt leicht über geringe Hindernisse. — Elektrische Behandlung hat während des letzten Jahres keinen Fortschritt gebracht. — Man leitet die operative Behandlung der Vorderhörner ein und dehnt dreimal kräftig den r. Ischiadicus. Nach 2 Monaten Zunahme des Umfangs am Ober- und Unterschenkel r. je $^1/_4$ Zoll, l. die Maasse unverändert; ungewiss auch eine Längenzunahme des Beins. — 5 Monate nach der Operation Zunahme: Oberschenkel r. $1^1/_4$, l. nur $^3/_4$, Unterschenkel r. $^3/_8$, l. $^1/_8$ Zoll. Der Gang zeigt eine entschiedene Besserung. — Es ist nicht angegeben, ob die electrische Behandlung fortgesetzt worden ist, noch wie sich das faradische Verhalten verändert hat. Keine Notiz über eine galvanische Prüfung vor oder nach der Operation. von den Steinen.

---

35) Singultus beim Eintritt der Pubertät von Pawlik. (Ztschr. f. Diagnost. u. Therapie. 1. März 1882.)

Während der Menstruation tritt bei manchen Mädchen in der Pubertätszeit neben andern hysterischen Erscheinungen hartnäckiges, heftiges Schluchzen ein, das in der Intermenstrualzeit bestehen bleibt. Druck über der Symphyse löst gewöhnlich das Schluchzen aus. Die Mädchen klagen über Schmerzen in der Zwerchfellsgegend, Appetitlosigkeit u. s. w. Klystiere von Bromnatrium (3—6 gm täglich) leisten gute Dienste; sind ernstere Veränderungen in den Genitalien vorhanden, leistet das Mittel nichts. M.

---

36) How to use the Bromides by George M. Beard, A. M. M. D. (Reprinted from the Journal of Nervous and Mental Disease. Vol. VIII. Nr. 3. July 1881.) Sep.-Abdr.)

Nach Beard ist der Zweck der Bromsalze, auch in anderen functionellen Nervenkrankheiten als Epilepsie eine wirkliche „Bromisation" d. h. Bromvergiftung zu erzielen, um eine Krankheit durch die andere zu vertreiben. Er scheidet die Symptome derselben in drei Reihen und schliesst nur die letzten als Behandlungseffecte aus, nämlich Stupor, Bewusstlosigkeit, Wahnsinn; die mittleren, Bromacne, Muskelschwäche, Articulationsstörung, Abnahme aller Functionen will er bei der Epilepsie und in Nothfällen bei Hysterie und Neurasthenie erreicht wissen; die leichteren, besonders die Schläfrigkeit am Tage seien, jedenfalls, um irgend einen Erfolg zu erzielen, zu zu erreichen. Wie schon früher, empfielt B. das Brom gegen die Seekrankheit, und zwar, da die Bromwirkung tagelang anhält, vor Antritt der Reise.

Er fordert zur Erreichung einer Wirkung bei allen Nervenkrankheiten grosse Dosen, von 2·0—6·0 grm. auf einmal; um die Individualität kennen zu lernen, die bisweilen das Brom nicht verträgt, giebt er auch Initialdosen, steigt jedoch schnell. Eine solche Gabe genügt gegen einen Anfall von Kopfweh, Hysterie, Seekrankheit.

Diese Gaben sind aber nur kurze Zeit, einige Tage bis 1 Woche zu geben, der Kranke dabei fortwährend zu beobachten. Bei Einigen erscheint die Wirkung sehr früh, nach einer Gabe von 6·0. Andere nehmen dieselbe 3—4 Tage, fühlen nichts Besonderes, sodann können aber plötzlich alle, selbst die schwersten Symptome der Bromisation, bis zu Stupor und Demenz auftreten; dass dieser Umstand nicht gerade geeignet ist, Brom zu einem „sicheren Mittel", wie es Beard nennt, zu machen, erwähnt er nicht weiter.

Digitized by Google

Die Erholung auch von diesen schwersten Symptomen sei stets vollständig.

Um Schlaf zu erzielen, giebt B. wegen der langsamen Wirkung des Broms eine Dose schon früh am Tage, die andere am Abend.

Bei längerem Gebrauch müssen die Bromide abwechselnd oder combinirt mit Tonicis gegeben werden. Von den verschiedenen Bromsalzen, die er empfiehlt — Bromkalium, Calcium, Natrium, Ammonium, Lithium — zieht er Combinationen allen miteinander vor. Das Bromnatrium, das nur 80% Brom enthält, sei deshalb am geeignetsten für empfindliche Magen. „Einigen nervösen Personen", die nicht epileptisch sind, aber halbwegs zwischen Epilepsie und Neurasthenie stehen, empfiehlt B. das Brom eine zeitlang regelmässig zu geben, da man es sich nicht angewöhne, wie Opium oder Alkohol.

Die Wirkung des Broms stellt er sich als ein Ausruhen des Nervensystems vor; wenn dies zu lange fortgesetzt wird, verlieren sich die Kräfte, das Mittel wirkt niederdrückend.

Diese Wirkung ist aber der Grund, warum das Brom das „populärste Mittel gegen alle Nervenkrankheiten unter nervösen Amerikanern ist, den Menschen, die eher eine Verminderung, als eine Anstachelung ihrer nervösen Thätigkeit brauchen."

Sioli.

---

37) **A contribution to the subject of nerve-stretching** by William J. Morton. (Journ. of nerv. and ment. disease. 1882. Jan. p. 133.)

Bei einer spastischen Spinalparalyse guter Erfolg gegen die Contracturen, bei Paralysis agitans von 7jähriger Dauer sehr erhebliche Besserung der Symptome nach Dehnung des makroskopisch verändert erscheinenden Ischiadicus. Bei seit der Kindheit bestehender Athetose fast totale Aufhebung der unwillkürlichen Bewegungen durch Dehnung des Medianus und Ulnaris. Bei chronischer Myelitis kein dauernder Erfolg. Ebensowenig bewirkte bei halbseitigen Krämpfen am Rumpfe, die sich durch Berührung von Hals und Schulter hervorrufen liessen, die Dehnung des Plexus brach. mehr als eine Verminderung der Zahl der Anfälle. Eine früher vorübergehend durch Cauterium gebesserte Ischias ist nach Dehnung des gerötheten und geschwollenen Nerven geheilt (bis jetzt drei Monate). Es soll nur mittelst des Fingers, aber drei Minuten lang und kräftig gedehnt werden.

Moeli.

---

38) **Die allgemeine Faradisation** von Dr. F. Fischer. (Arch. f. Psych. Bd. XII. Heft 3.)

Nach kurzer Schilderung der von Beard und Rockwell zuerst beschriebenen Methode der elektrischen Behandlung und ihrer Wirkungen beschreibt Verf. drei mit allgemeiner Faradisation behandelte Fälle.

Der erste noch unter Prof. Erb's Leitung beobachtete Fall betrifft eine 30jähr. Patientin, bei welcher sich auf Grundlage hereditärer Anlage im Laufe von 10 Jahren ein melancholischer Angstzustand mit Zwangsvorstellungen und Hallucinationen entwickelt hatte, begleitet von Herzpalpitationen, Schlaflosigkeit, klonischen Zuckungen in den Füssen und Unregelmässigkeit der Periode. Nachdem im Laufe der Zeit trotz verschiedenster Behandlung dieser Zustand sich verschlimmert hatte, trat unter der allgemeinen Faradisation nun zunächst nach Stunden vorübergehende, später dauernde mit Verlangsamung der Herzaction, Aufhören der Zuckungen etc. verbundene Beruhigung und später Genesung ein. Die Periode wurde regelmässig und nach 24 Sitzungen im Laufe von sechs Wochen wurde Pat. mit nur zeitweise auftretendem Kopfweh und seltenen Herzpalpitationen entlassen.

Der zweite Fall betrifft einen 35jährigen Neurastheniker mit Nachschleifen des rechten Beins, Schmerzen im Rücken und rechten Fussgelenk, Eingenommen-

Digitized by Google

sein des Kopfes und dem Gefühl allgemeiner Schwäche und Hinfälligkeit. Nach 29 Sitzungen konnte Pat. entlassen werden, nachdem er seinen Beruf wieder mit der früheren Kraft und Energie aufgenommen hatte. Nur die Schwäche im Fussgelenk war von längerer Dauer.

Der dritte Fall betrifft ein 12jähriges Mädchen, das an hartnäckiger Chlorose mit Kopfweh, Erbrechen, theilweiser Schlaflosigkeit und grosser Müdigkeit litt, bei welchem im Laufe von zwei Monaten unter der gleichen Behandlung (26 Sitz.) die Krankheitserscheinungen schwanden, nachdem vorher alle therapeutischen Versuche fehlgeschlagen waren.

Verf. nimmt demnach Veranlassung, die allgemeine Faradisation zu Versuchen bei Neurasthenie und Chlorose zu empfehlen und hebt betreffs Beeinflussung einzelner Symptome nochmals die Besserung des Schlafes und des Allgemeinbefindens, sowie des Kopfschmerzes und der vasomotorischen Störungen hervor. Rumpf.

---

39) Hémichorée avec hémianesthésie sensitive et sensorielle. Guérison rapide par la faradisation d'un point limité du tégument externe par le Dr. Merklen. (La France méd. 42. 1882.)

Fall von Hysterie. Anwendung des faradischen Pinsels, aber nur auf den anästhetischen Vorderarm mit schnellem Erfolge. M.

Forensische Psychiatrie.

40) Homicide par délire des persécutions. Nécropsie du meurtrier par Dr. Anatole Manouvriez. (Annal. d'Hygiène publique et de Médecine légale. Février 1882.)

Am 10. October 1875 wurde ein 65 Jahre alter Mann unter der Anschuldigung, seine Frau ermordet zu haben, ins Gefängniss gebracht. Derselbe giebt an, dass seit etwa 4 Monaten seine Frau mit seinen Hausgenossen gegen ihn agitire: seine Freunde hatten vermieden, mit ihm zu sprechen, ihn nicht mehr angesehen. Oft hätte er auch gehört, wie man über ihn gesprochen, einmal hätte man gesagt: „Man wird ihm les menottes (die Handschellen) anlegen." Sobald er eintrat, schwieg Alles. Seine Frau, der er Vorwürfe gemacht, hätte ihn ausgelacht und als Narren behandelt.

Selbstmordversuch (Stich mit dem Messer in den Leib) missglückte ihm.

In einer Nacht (vom 9. zum 10. October) hätte er seiner Frau geweckt und ihr nochmals über Alles Vorhaltungen gemacht, besonders dass sie ihm ein nahes Ende vorausgesagt, und als die Frau dies bestritt, hatte er sie, indem er sagte, dass wenn er sterben sollte, sie mit ihm sterben müsse, erwürgt, und schliesslich bei den letzten Athemzügen mit einem Messer verletzt, um sie nicht länger leiden zu lassen. Er wollte sich nun selbst das Leben nehmen, brachte sich aber nur leichte Verletzungen am Abdomen bei.

In Bezug auf die Anamnese ergiebt sich, dass sein Vater gelähmt, dass er mit 17 Jahren wegen einer Neurose mit Zittern und Ohrensausen behandelt worden war und vor 7 Jahren einen Anfall von Bewusstlosigkeit hatte, der seitdem mehrmals wiedergekehrt war. Vor seinem ersten Selbstmordversuch war er ein Mal 24 Stunden von Haus verschwunden, ohne nachher zu wissen, wo er gewesen sei. Ausserdem ist er schwerhörig. Analgesie der Haut, der Zunge, der Conjunctiva.

In den nächsten Tagen zunehmende Stumpfheit, alle Fragen werden mit „ich weiss nicht", beantwortet. Pupillen bald contrahirt, bald dilatirt; Bewegungen unsicher, mit der Neigung, nach rechts zu fallen.

Digitized by Google

Verf. erklärte den Angeklagten für einen beginnenden Paralytiker, zwei andere Aerzte, darunter der gerichtliche Sachverständige des Tribunals, erklärten ihn für gesund. Nach vielem Zögern wurde er am 2. December in die Irrenanstalt gebracht, wo er am 3. Februar des nächsten Jahres starb. Dort war er vollständig ruhig und stumm. Die Analgesie blieb dauernd.

Der etwas dürftig mitgetheilte Sectionsbefund ergab: Dura mater mit dem Schädel verwachsen, Arachnoidea blass, Corticalis erweicht, wenig Flüssigkeit in den Seitenventrikeln. Insufficienz der Aorta und Atherom derselben. M.

---

41) **The Case of Guiteau** by Charles Folsom. (Boston medical and surgical Journal. Febr. 16. 1882.)

The mental status of Guiteau by Walter Channing. (Ibid. March 30. 1882.)

Beide Arbeiten weisen nach, dass Guiteau geisteskrank sei, und kommen zu dem Schluss, dass er in ein Asyl für geisteskranke Verbrecher, nicht auf's Schaffott gehöre. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung den 13. und 20. Mai 1882.)

Brown-Séquard theilt die Resultate seiner weiteren Experimente (Nr. 10 dieses Centralblattes) über die Leitungsbahnen von den motorischen Hirnrindenzonen zu den Extremitäten mit:

1. Er hat nach Durchschneidung einer Halsmarkhälfte und galvanischer Reizung der entgegengesetzten Hirnrindenregion die verschiedensten Bewegungen der Extremitäten beider Seiten erhalten.

2. Er hat nach Durchschneidung z. B. der rechten Bulbus-Hälfte oberhalb der Pyramidenkreuzung beobachtet, dass auf Reizung der rechten Rindenzone keine Verminderung, sondern eher eine Verstärkung der linksseitigen Extremitätenbewegungen eintrat; dagegen auf Reizung der linksseitigen Rindenzone eine Veränderung oder gar ein Verlust der Bewegungen der rechtsseitigen Extremitäten. — Aber dieses letztere Resultat war nicht constant. Die betreffenden Leitungsbündel könnten sich also weder ausschliesslich im Bulbus, noch ausschliesslich im Pons kreuzen.

3. Er hat nach Durchschneidung eines Pedunculus cerebri die motorische Erregbarkeit der gleichseitigen Rindenzone unverändert, sogar eher verstärkt gefunden, dagegen die der entgegengesetzten Zone vermindert oder aufgehoben.

4. Er hat nach Durchschneidung der rechten oberen Pons-Hälfte die motorische Erregbarkeit der rechtsseitigen Rindenzone unverändert, die der linken Rindenzone dagegen sehr beeinträchtigt gefunden. Durchschnitt er nun aber noch die linke Bulbus-Hälfte, so zeigte sich die motorische Erregbarkeit der linksseitigen Rindenzone nicht allein wieder hergestellt, sondern sogar stärker als normal, und die motorische Erregbarkeit der rechtsseitigen Rindenzone war gleichfalls eher vermehrt als vermindert. (!!)

5. Er hat endlich beobachtet, dass nach Längsdurchschneidung des Pons in der Mittellinie und gleichzeitig querer Durchschneidung der rechten Bulbus-Hälfte dicht über der Pyramidenkreuzung die motorische Erregbarkeit der rechten Rindenzone erhalten blieb.

B.-S. hebt hervor, dass diese Resultate die bisher geläufigen Vorstellungen vollständig umstossen; da aber die einzelnen Versuchsbedingungen, die angewendeten Stromstärken u. s. w. nicht mitgetheilt werden, so entziehen sie sich vorläufig der Kritik.

Digitized by Google

Vignal hat die Nervenfasern des Krebses unter Anwendung der Goldfärbung untersucht und kann die Beobachtungen Remak's aus dem Jahre 1844 bestätigen, wonach in den dicken Nervenfasern ein centrales Fibrillenbündel vorhanden ist. In den mittleren und feinen Fasern fand V. auch Fibrillen, die jedoch nur selten zu einem centralen Bündel vereinigt sind. Die in den Ganglienzellen concentrisch angeordneten Fibrillen hängen durch die Zellenfortsätze mit den Fibrillen der Nervenfasern zusammen.

H. Parinaud spricht sich für den cerebralen Sitz der Nachbilder aus und führt dafür an:

1. Wenn man ein Auge schliesst und mit dem andern eine Zeit lang einen rothen Kreis fixirt, dann dieses Auge schliesst und das erste öffnet, so sieht man mit diesem einen grünen Kreis (Béclard'scher Versuch).

2. Das Nachbild bleibt zwar bei Augenmuskelbewegungen in der Blickrichtung, es folgt aber nicht der Augenaxe, wenn man den Bulbus mit dem Finger verschiebt. Auch kann man aus einem binocularen Nachbilde nicht ein Doppelbild durch Verschieben des einen Auges mit dem Finger hervorrufen.

Bourneville und Dauge: Ausführliche Krankengeschichte und Sectionsbefund eines Falles von erworbener Idiotie, sich erweisend als chronische diffuse Meningo-Éncephalitis; es zeigte sich in sehr ausgebreiteter Weise eine mehr oder weniger vollständige Loslösung der Marksubstanz von der grauen Rinde der Hemisphäre, welche an der Pia hängen blieb: ein seltener Befund bei einem Kinde von 5 Jahren. (Analoger Fall in den Archives de Neurologie. Bd. III, p. 327).

Leven über den Schwindel. L. construirt sich einen „noyau encéphalique" als Sitz des Muskelsinns, dessen Störungen den Schwindel veranlassen. (Dadurch wird eben gar nichts gewonnen.) Hadlich.

IV. Personalien.

Am 28. Mai starb Prof. Dr. Sieber, Director der psychiatr. Klinik in Jena.

Offne Assistenzarztstellen: 1) Psychiatr. Klinik zu Halle (1500 Mark).
2) Irrenheilanstalt Burghölzli (Zürich) (1000—1500 Fr.).

V. Vermischtes.

L'alcoolismo in Italia. (Arch. ital. 1882. II, p. 143.)

Die Zählung der infolge von Alcoholmissbrauch Gestorbener erstreckte sich in Italien bisher nur auf die zur Kenntniss gekommenen unvorhergesehenen Todesfälle (Unglücksfälle) Betrunkener und lieferte eine werthlose Zahl.

Seit dem 1. Jan. 1881 werden in dem ganzen Reiche sämmtliche Todesfälle nach ihren Ursachen amtlich zusammengestellt.

In den 11 Monaten (bis Ende November) des genannten Jahres wurden 304 durch Alcoholmissbrauch erfolgte Todesfälle gezählt, welche sich auf 284 Districte vertheilen. Diese Zahl entspricht 1·65 auf 1000 Einwohner.

Venetien ist von den italienischen Provinzen die am stärksten belastete, 3·8 ‰, dann folgt Ligurien mit 3·13 ‰, Lombardei mit 2·7 ‰; am geringsten ist die Ziffer in den beiden südlichsten Districten Calabrien und Sicilien mit 0·40, beziehungsweise 0·32 ‰.

Danach steht Italien nach den bisher vorliegenden Zählungen am günstigsten bezüglich der Opfer des Alcoholmissbrauchs.

Norwegen (Stadtbevölkerung) mit seinen antialcoholischen Mustereinrichtungen folgt darauf mit 2·60 ‰. Jehn.

Die Gesellschaft „contre l'abus du tabac" in Paris hat einen Preis von 300 Fr. (Preis Decroix) für eine Arbeit über den Einfluss des Tabaks auf Verbrechen ausgesetzt (incl. Contrebande, zufällige oder beabsichtigte Vergiftungen u. s. w.).

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster **Jahrgang.**

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. **1. Juli.** **№ 13.**

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Zwei Fälle von der Form der „combinirten Schulterarmlähmung“ von **Vierordt.** — 2. Ueber die Wirkung des Hyoscyamins von **Richter.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Origine del tractus olfactorius e struttura dei lobi olfactorii dell'uomo e di altri mammiferi di **Golgi.** — Experimentelle Physiologie. 2. The physics of nerve-stretching by **Symington.** 3. On reflexes and pseudoreflexes by **de Watteville.** 4. L'aumento e la diminuzione de calore nel cervello per il lavoro intellectuale del **Corso.** — Pathologische Anatomie. 5. Die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis von **Strümpell.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkampf von **Hack.** 7. Ueber Neuritis olfactoria von **Huguenin.** 8. Contribution à l'étude des lésions du quatrième ventricule dans le diabète spontané von **Luys.** 9. Chute sur le crâne. — Fracture du rocher par contre-coup. — Contusion du cerveau par **Meunier.** 10. Zur Localisation der Hemianopsie und des Muskelgefühls beim Menschen von **Westphal.** 11. Ueber periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffectionen von **Leyden.** — Psychiatrie. 12. Beitrag zur Lehre von den combinirten Psychosen von **Pick.** 13. Aberrazione del sentimento sessuale in un maniaco ginecomasta del **Raggi.** 14. Sull' oicofobia, lettera al Prof. **Salemi-Pace,** del **Verga.** 15. A case of insanity, with hallucinations of hearing of seven years' standing, depending on disease of the middle ear. Reported by **Browne.** 16. Early education and spiritualism, by **Burnet.** 17. Mad Actors. 18. Il sangue dei pazzi pellagrosi di **Sepilli.** — Therapie. 19. A case of saltatory and general clonic spasm treated with conium by **Jacob.** 20. Ueber die Anwendung des Hyoscin bei Geisteskranken von **Gnauck.** 21. Ueber Nervendehnung bei Tabes von **Leyden.** — Forensische Psychiatrie. 22. Sur un cas rare de Dipsomanie par **Legrand du Saulle.** 23. The Plea of insanity in the case of Lefroy. 24. „Was Guiteau insane?“ By **Browne.** — Anstaltswesen. 25. Aerztlicher Jahresbericht der Provinzialständischen Irrenanstalt Göttingen pro 1881.

III. **Aus den Gesellschaften.** Siebente Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden. — Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. — Physiologische Gesellschaft zu Berlin.

IV. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Zwei Fälle von der Form der „combinirten Schulterarmlähmung“ (Erb).

Von Dr. **Oswald Vierordt.**

(Aus der Leipziger medizinischen Poliklinik.)

Die Casuistik der Lähmungen von Wurzeln des Plexus brachial. ist noch immer keine so reichhaltige und sie beantwortet die Hauptfragen noch

Digitized by Google

immer nicht in so genügender Weise, dass die Publikation von weiteren Beobachtungen überflüssig erscheinen könnte. Das Folgende beschäftigt sich mit einem ganz typischen Fall von „combinirter Schulterarmlähmung“ und einem zweiten jener sehr ähnlichen, der aber mit grosser Bestimmtheit auf einen abweichenden Sitz der Affection weist.

Beobachtung 1. A. B., ein 20jähriger Fabrikarbeiter, der weder hereditär, noch hinsichtlich seines bisherigen Gesundheitszustandes etwas besonderes darbietet, mit Ausnahme einer Verkrümmung der Wirbelsäule, die sich schon in seinen Kinderjahren allmählig entwickelt hat.

Anfang November 1881 erlitt er durch Zerspringen eines Maschinentheils (Eisensplitter und grobe Stücke einer durchgeschlagenen Bretterwand) verschiedene Verletzungen an Kopf, Schulter und Oberarm. Er war die ersten 3 Tage angeblich bewusstlos. — Der linke Arm soll sofort nach der Verletzung gelähmt gewesen sein; dagegen weder im Gesicht, noch in anderen Extremitäten eine Spur von Lähmung; er hatte Taubheitsgefühl an der Volarseite von Daumen und Zeigefinger, welches sich allmählich wieder wesentlich besserte.

Was die Verletzungen selbst betrifft, so giebt Pat. ausdrücklich an, dass in der ersten Zeit die Gegend über dem linken Schlüsselbein bis in den Nacken hinauf geschwollen und Sitz eines unbehaglichen Gefühls gewesen sei, ferner, dass an der Aussenseite des Oberarmes Alles grün und blau gewesen sei. Im Uebrigen siehe Status. — Von Verletzung, Contusion der Wirbelsäule weiss er nichts.

Stat. praes. 4. März 1882. Mässig entwickelter junger Mann. Geringe Scoliose des Schädels. Vortreten der linken, Zurücktreten der rechten Occipitalgegend. — Hochgradige stumpfwinklige dextroconvexe Kyphoscoliose der Rückenwirbelsäule mit geringer compensatorischer Scoliose der Hals- und Lendenwirbelsäule, bedeutender Deformität des Brustkorbes.

Im Gesicht eine Reihe von sehr entstellenden, aber sonst bedeutungslosen Narben. Die eine von der Mitte der Stirn aufwärts bis zur Haargrenze, eine zweite von der Mitte der Stirn über die linke Seite der Nase herablaufend, eine dritte von der linken Schläfe zum Jochbogen; nur diese letztere ist an einer Stelle (am Orbitalrand) mit der Unterlage verwachsen; nirgends sonst ein Zeichen von Knochenverletzung, Depression etc.

Die linke Fossa supraclavic. erscheint vielmehr ausgefüllt, als die rechte, zeigt aber bei genauer Palpation sonst nichts Abnormes, ist auch nirgends schmerzhaft. — Halswirbelsäule normal.

Pupillen gleichweit, reagiren prompt auf Licht und Schmerz.

Linke Schulter und linker Arm zeigen ein charakteristisches Bild von atrophischer Lähmung; von derselben sind befallen:

An der Schulter: Deltoid. (sämmtliche Partieen), Infraspinat. und Teres minor, Subscapularis und ziemlich sicher Supraspinatus.

Am Arm: Biceps, Brach. int., Supin. long. und brevis.

Von der Funktionsprüfung nur Folgendes:

Auswärtsrollung links minimal, jedenfalls ohne jede Contraction des Infraspinatus und Teres minor; bei Versuch der Einwärtsrotation des Oberarms nur Adduction desselben, und während rechts durch kräftiges Eindrücken zweier Finger von der Achselhöhle aus unter die Scapula deutlich die Contraction des Subscapularis gefühlt wird, ist links auf dieselbe Weise davon nicht eine Spur zu bemerken. — Supination des Vorderarms ganz minimal, durch leisen Druck zu verhindern.

Cucullar., Pector maj., Latiss. dors., Rhomboidei, Serrat. ant. absolut normal, ebenso Triceps und ausser den Supinatoren alle Muskeln an Vorderarm und Hand.

Sensibiliät erloschen auf der Schulter in einem scharf begrenzten Dreieck,

Digitized by Google

welches ziemlich genau dem Umfang des Musc. deltoid. entspricht, minimal herabgesetzt in der linken Ober- und Unterschlüsselbeingrube (nur faradocutan): ausserdem Taubheitsgefühl und sehr herabgesetzte faradocutane Schmerzempfindung im Medianusgebiet an der Hand.

Bei Entblössung des Pat. tritt sofort am ganzen Oberkörper Gänsehaut ein; dieselbe fehlt in den beiden Bezirken gestörter Sensibilität auf der Schulter und in den Clavicular gruben.

Electrischer Befund: Complete EaR in sämmtlichen gelähmten Muskeln (Supraspinatus und Subscapul. entziehen sich bekanntlich der genauen Untersuchung).

Während rechts vom „Erb'schen Punkt" aus bei mittlerem Rollenabstand leicht die bekannte Contraction von Deltoid., Infraspin., Bic., Brach. int., Supin. long. (und brev.?) zu erzielen ist, ergeben die höchsten ertragbaren Stromstärken links nichts. — Galvanische wie faradische Reizung des N. radial. an der Umschlagstelle ergiebt nur Contraction der Extensoren am Vorderarm.

Direkte Reizung: Faradisch keine Reaktion in sämmtlichen gelähmten Muskeln; galvanisch in denselben überall unzweifelhafte EaR bei (besonders im Deltoid. und Infraspin.) herabgesetzter Erregbarkeit.

Alle anderen Muskeln, speciell Pector. maj., Latiss. dors., die Muskeln des Medianusgebiets reagiren normal, genau wie die anderseitigen.

Ordin. tägliche elektrische Behandlung: Stabile Behandlung des Locus morbi, Reizung des Plexus brach. und der gelähmten peripheren Nerven und Muskeln mit der Ka.

25. März. Heute zum ersten Male eine Spur von Motilität im Sinne der Flexion des Vorderarms. Der passiv gebeugte Vorderarm kann im Herabfallen etwas aufgehalten werden. — Die Sensibilität über dem M. deltoid. entschieden gebessert. Pat. fühlt derbere Berührung.

Mehrfache Prüfung des M. subscapul. ergiebt stets das oben erwähnte Resultat.

Scharfe Adduction der Schulter (im Hoedemaker'schen Sinne [1]) und scharfes Rückwärtsziehen derselben ohne Resultat. Kein Schmerz, weder local im Plexus, noch ausstrahlend.

4. Mai. Sehr geringer Fortschritt in der Flexion des Vorderarms. — Sensibilität der Schulter hat sich weiter gebessert; das Taubheitsgefühl an der Hand noch da.

Die Diagnose dieses Falls kann nicht zweifelhaft sein: da wir eine mit EaR einhergehende atrophische Lähmung haben, so kann die Affection nur von den grauen Vordersäulen an abwärts zu suchen sein; da Sensibilitätsstörung vorliegt, muss der Sitz der Läsion unterhalb der grauen Vordersäulen an einer Stelle vermuthet werden, wo motorische und sensible Bahnen sich gemischt haben, also ausserhalb des Rückgratskanals. Endlich ist der genauere Schluss, wo im Verlauf der Schulter- und Armnerven die Erkrankung zu suchen, durch die Localisation der Lähmung sowohl wie der Sensibilitätsstörung gegeben: beide erinnern auf den ersten Blick an das Bild der „combinirten Schulterarmlähmung", wie es von Erb[2], Remak[3], Hoedemaker[4], Bernhardt[5] beschrieben ist.

[1] S. dessen Arbeit „Ueber die von Erb zuerst beschriebene Lähmungsform an der oberen Extremität". Arch. f. Psych. IX. 3.

[2] Verh. des naturhistor.-med. Vereins zu Heidelberg. 1874.

[3] Berl. klin. Wochenschr. 1877. 9.

[4] l. c.

[5] Zeitschr. f. klin. Medicin IV. 3.

Digitized by Google

Es handelt sich bei dieser Lähmung um die Affection einer Stelle des Plexus brachial., welche die zu den erkrankten Muskel- und Hautbezirken gehörigen Nervenfasern vereinigt. Nach den bisher veröffentlichten Fällen sind in erster Linie, d. h. absolut constant ergriffen die Fasern für Deltoideus (ob mit Ausnahme bisweilen der Clavicularport.?) für Biceps, Brach. int., Supin. long., sehr häufig einige sensible Fasern des Medianus (für Daumen und Index) und demnächst sensible Fasern des N. axillaris; es kommen ferner hinzu: der Supinat. brev. (wohl häufiger, als angegeben ist), der Infraspin. (und Supraspin.?).

Dies nach den bisherigen klinischen Erfahrungen. Experimentelle und anatomische Beobachtungen, die die Frage nach der Lage dieser Stelle des Plexus brach. beantworten, sind geliefert von Erb und Hoedemaker. Des ersteren Versuch ist der bekannte: er und nach ihm Hoedemaker fanden, dass man bei den meisten Menschen percutan die circumscripte farad. Reizung eines Punktes im Plex. brach. erzielen kann, von welchem aus Delt., Bic., Brach. int., Supin. long. und brev., Infraspin. (Supraspin.) und Subscapul. in Contraction versetzt werden. Hoedemaker hat dann durch Zerfaserung des Plexus diesen Punkt definirt: er liegt im fünften und sechsten Cervicalnerven in oder kurz vor ihrer Vereinigung, d. h. entsprechend ihrem Austritt zwischen den beiden Scalenis.

Endlich hat in neuerer Zeit Ferrier[1] einschlagende Experimente über die Function der einzelnen motorischen Rückenmarkswurzeln gemacht. Von welcher Bedeutung sie in klinischer Beziehung sind, davon nachher ein paar Worte.

Der uns vorliegende Fall betrifft zunächst sämmtliche Muskeln, deren Lähmung nach klinischer, wie experimenteller Erfahrung zu postuliren ist; auch die Sensibilitätsstörung ist die typische[2]. Es fehlt auch nicht ein auf eine Läsion in jener Gegend deutendes ätiologisches Moment: die Schwellung in der Fossa supraclavic. in den ersten Tagen nach der Verletzung. — Die Diagnose erscheint somit feststehend.

Es ist indess besonders hervorzuheben:

1. dass der Infraspinatus (und Supraspinatus) atrophisch und gelähmt ist; dies ist nach dem Ergebniss der Reizung des Erb'schen Punktes und nach Hoedemaker's Untersuchung zu erwarten; gleichwohl ist in den bisherigen klinischen Beobachtungen[3] dieser Muskel nur in 2 (von 11) Fällen gelähmt erwähnt, das kommt aber wohl hauptsächlich (zum Theil zugestandenermaassen) daher, dass nicht immer auf ihn geachtet worden war,

2. dass der Subscapularis und

3. der Supin. brevis bestimmt als gelähmt erkannt wurden. Auch sie contrahiren sich vom Erb'schen Punkt aus; es ist aber früher nicht immer auf sie geachtet worden, und ausserdem macht ihre Untersuchung (besonders

[1] Brain 1881. XIV und XV.

[2] Ich erwähne hier, dass auch bei farad. Reizung des Erb'schen Punktes häufig Sensationen an der Schulter und im Medianusgebiet an der Hand angegeben werden.

[3] Hoedemaker, l. c.

Digitized by Google

die des Subscapular.) oft grosse Schwierigkeiten. So erklärt es sich wohl, dass der Supinator brev. nur einmal (BERNHARDT), der Subscapularis noch nie als gelähmt erwähnt ist.

Unseren Fall macht also der Umstand interessant, dass er der erste ist, der sowohl in Lähmung und Atrophie, als in Sensibilitätsstörung vollkommen das Krankheitsbild zeigt, das wir bei einer isolirten Leitungsunterbrechung in der fünften und sechsten Cervicalwurzel in der oben erwähnten Gegend zu erwarten berechtigt sind.

Wir fügen einen ähnlichen, aber anders zu beurtheilenden Fall kurz an:

Beobachtung II. Frau D., 36 Jahre alt, früher stets gesund, seit 10 Jahren verheirathet, keine Kinder, 1 Abort. Mann angeblich ganz gesund.

Beschäftigt sich seit ca. 1871 mit Strohhutanfertigen, trug viel schwere eiserne Hutformen, immer mit dem linken Arm; sass angeblich Jahr aus Jahr ein an einem schlecht schliessenden zugigen Fenster.

Seit 1876 wurde das Tragen jener Last ihr schwer; Schwäche und Gefühl von Völle im linken Arm, ziehende tiefsitzende Schmerzen nach Anstrengungen. Der Arm begann abzumagern. — Der Zustand verschlimmerte sich in Bezug auf Atrophie und Parese der Schulter und des Arms, vom Winter 1877—1878 an konnte sie nicht mehr arbeiten, weil sie den kranken Arm nicht mehr ohne Unterstützung heben konnte. Von ca. 1880 an kein wesentliches Fortschreiten der Krankheit.

Status praesens. Im Sommer 1880 Lähmung des M. deltoid., Infraspin., Biceps, Brach. int., Supin. long.; Parese oder Lähmung des M. Cucullar. — alle links. Hochgradige schlaffe Atrophie dieser Muskeln. Reichliche fibrilläre Zuckungen.

Sensibilität absolut normal. — Pupillen mittelweit, gleich; reagiren auf Licht und Schmerz.

Kopf und Hirnnerven normal. — Uebrige Extremitäten, Wirbelsäule ohne jede Anomalie. — Blase, Mastdarm normal. Kein Zeichen von Lues.

Electrischer Befund: Faradisch vom Erb'schen Punkt rechts normale Contraction (mittlerer Rollenabstand), links nichts zu erzielen. — N. radialis: Zuckung nur der Extensoren. — N. ulnar. und median.: ganz normal.

Bei direkter Reizung: Deltoides: schwache Contraction nur in der Port. clavicul., sonst Unerregbarkeit, ebenso in allen übrigen gelähmten Muskeln.

Galv. direct.: In der Portio clavic. des Delt. kurze Z bei sehr herabgesetzter Erregbarkeit. Im Biceps, Supin. long., Infraspin. wegen Herabsetzung der Erregbarkeit keinerlei Reaction zu erhalten resp. zu beobachten, da die Z des normal reagirenden Triceps stört.

Cucullar.: Deutliche EaR, träge Z, An S > Ka S.

Ziemlich regelmässig galvanische Behandlung (Halsmark, aufsteigender Strom; dann An Nacken, Ka peripher). Status idem bis Sommer 1881: es traten zum ersten Mal Schmerzen im Nacken bei vorgebeugter Haltung des Kopfes, ausserdem bei Rückwärtsbeugen und Seitwärtsdrehen desselben auf; blieben seither. Einige Zeit später auch Schmerzen im andern Arm, beim Nähen etc., diese verschwanden wieder.

Object. in den Muskeln der Schulter und des Arms, auch den anderseitigen, nichts Neues. — Es fällt zum ersten Mal auf, dass die obersten Halswirbeldornfortsätze minimal nach links auszubiegen scheinen; auch leichte Schwellung in der Umgebung derselben, keine Empfindlichkeit.

Status praesens vom Anfang d. J. 1882: Atrophische Lähmung im Gleichen, nur der Cucull. jetzt ganz geschwunden und der Supraspin. jetzt deutlich auch atrophisch; es ist aber keine Atrophie anderer Muskeln hinzugetreten.

Digitized by Google

Dagegen jetzt wichtiger Befund an der Halswirbelsäule: Rückwärtsbeugen, Rechts- und Linksdrehen des Kopfes, durch Schmerz aktiv und passiv sehr beschränkt; Stoss von oben auf den Kopf im Nacken schmerzhaft. Dagegen Druck, Klopfen auf die Halswirbel nirgends schmerzhaft. — Es findet sich deutliche spitzwinklige linksseitige Kyphoscoliose, wahrscheinlich des Epistropheus und des dritten Halswirbels über dem oberen vorspringenden Dornfortsatz markirt sich eine bedeutende Einsenkung.

Hintere Rachenwand ohne Abnormität.

Beine, Blase, Mastdarm, Athmung etc. normal.

Auch hier haben wir eine schlaffe atrophische Lähmung, der wir ihrem ganzen Charakter nach mit grosser Wahrscheinlichkeit EaR um so mehr vindiciren müssen, da ja in einem Muskel (dem Cucullaris) dieselbe noch hatte beobachtet werden können. Wir haben hier aber keine Sensibilitätsstörung. Als Sitz der Erkrankung können wir daher a priori nur entweder die grauen Vordersäulen (und zwar nur diese mit Ausschluss des übrigen Halsmarks, denn untere Extremitäten, Blase etc. waren ganz normal), oder die motorischen Wurzeln annehmen; auf beide weist auch die muskuläre Localisation entschieden hin.

Die Diagnose würde demgemäss schwanken zwischen a) „progress. Muskelatr. spinalen Charakters“ b) Poliomyelit. ant. chron., und c) Affection der motorischen Rückenmarkswurzeln im Wirbelkanal. — Zwischen a) und b) würde entscheidend sein das anfängliche Verhältniss der Lähmung zur Atrophie (ob jene dieser voraufgegangen, oder ob anfangs nur eine der fortschreitenden Atrophie parallel zunehmende Parese bestanden). Darüber konnte von der Pat. ganz Bestimmtes nicht erfahren werden. Einigen Anhalt würde ferner gewähren die Form der EaR (ob schon früh complete EaR; ob andererseits, was ja höchst unwahrscheinlich, überhaupt keine EaR da war); auch diesen Punkt können wir für die Muskeln mit Ausnahme des Cucullaris, nicht exact beantworten; immerhin spricht aber Alles dafür, dass in sämmtlichen gelähmten Muskeln EaR dagewesen ist.

Bei dem Fehlen dieser Anhaltspunkte fällt um so mehr in's Gewicht ein Umstand, der weder für a) noch für b), sondern für c) spricht: der Befund an den Halswirbeln: die in letzter Zeit aufgetretene resp. bemerkbar gewordene Deformität (s. oben), die Beschränkung der Bewegung, die mit dieser verbundenen und die spontanen Nackenschmerzen, — Symptome, welche auf eine (entzündliche) Destruktion der betreffenden Halswirbel hindeuten, über die Ursache derselben (spez. ob Caries, ob ein Tumor) freilich im Zweifel lassen.

Jedenfalls macht dieser Befund eine isolirte Affection der grauen Vorderhörner undenkbar, weist dagegen mit solcher Entschiedenheit auf eine Affection der motorischen Wurzeln hin, dass wir eine Compression oder Neuritis derselben mit nahezu absoluter Sicherheit glauben diagnosticiren zu dürfen.

Es wird durch diese Diagnose das Krankheitsbild in seinen sämmtlichen Erscheinungen erklärt. Die musculäre Localisation zeigt ausgesprochene Analogie mit der „combinirten Schulterarmlähmung“, wir sind im Hinblick auf diese berechtigt, die fünfte und sechste Rad. cervical. als erkrankt anzusehen.

Digitized by Google

Ausserdem ist ein Muskel betroffen, der mit der fünften und sechsten Cervicalwurzel gar nichts zu thun hat, der vom Accessorius versorgte Cucullaris. Aber gerade dessen Miterkrankung ist als Stütze der Diagnose anzusehen, denn der Ursprung der Accessoriuswurzeln reicht bekanntlich am Halsmark weit herab (bisweilen bis zur Höhe der siebenten Radic. cervical.); ihre wenigstens theilweise Mitbetheiligung kann bei einer Affection in dieser Gegend des Wirbelkanals geradezu erwartet werden.

Auch die Parese des Serrat. ant., des Latissim. dorsi, des Pectoral. maj. findet bei Annahme einer Affection der erwähnten Wurzeln ihre volle Erklärung.

Die beiden Fälle erschienen der Mittheilung werth, weil sie sich als sehr ausgeprägte Typen der Lähmung von Wurzeln des Plexus brachial. darstellen. Ist doch noch viel zu thun, bis wir zu einiger Klarheit über die Pathologie, ganz besonders die klinische Differentialdiagnose der atrophischen Lähmungen gelangen werden. Die allmähliche, von E. Remak angebahnte Erkenntniss der Localisationen bei Affectionen der grauen Vordersäulen und der mit ihnen identischen motorischen Rückenmarkswurzeln bezeichnet hierin einen wichtigen Fortschritt, und ganz besonders wird der immer noch viel zu weite Begriff der „progressiven Muskelatrophie“ auf diesem Wege einzuschränken sein. Gerade in dieser Hinsicht ist von Interesse, dass in unserem zweiten Fall anfänglich d. h. bevor die Halswirbelaffection evident geworden war, von uns in erster Linie an ein spinales Leiden gedacht und selbst eine progressive Muskelatrophie spinaler Natur nicht mit Bestimmtheit ausgeschlossen wurde.

Experimentellen Untersuchungen stehen im Allgemeinen grosse Schwierigkeiten entgegen; das zeigt der Ferrier'sche Aufsatz, so interessante Ergebnisse er auch bringt. Im Genaueren stimmt das von F. am Affen betreffs der Function der einzelnen Rückenmarkswurzeln Gefundene durchaus nicht mit den Ergebnissen der klinischen Beobachtung überein. Darauf weiter einzugehen, müssen wir uns hier versagen.

---

2. Ueber die Wirkung des Hyoscyamins.

Von **Dr. Richter**, Director der Privat-Irrenanstalt zu Pankow bei Berlin.

In Nachstehendem theile ich einige Beobachtungen über das Hyoscyamin mit. Im Allgemeinen ist das Mittel in seiner Wirkung entweder von individuellen Eigenthümlichkeiten abhängig, oder aber wir sind noch gar nicht im Stande, nur im Grossen und Ganzen zu übersehen, in welchen Fällen es mit Erfolg anzuwenden ist. Ich bin zunächst auf das Probiren angewiesen, und bei der Gelegenheit kam ich hin und wieder auf einen Fall, in welchem es vortreffliche Dienste thut und deswegen eine werthvolle Bereicherung des Arzneischatzes ist, weil die anderen Beruhigungsmittel, Morphium, Chloralhydrat, Opium vollständig versagen.

Der eine Fall, Frau K., 38 Jahre alt, ca. sechs Wochen nach dem Puerperium erkrankt, zeigte eine hohe, sich stetig steigernde maniakalische Erregung, be-

Digitized by Google

ständige heftige Unruhe, Fortdrängen, Unruhe aller Extremitäten, Angst und grosse Verwirrtheit. Alle übrigen Mittel waren völlig wirkungslos und schienen theilweise die Erregung zu steigern. Zwei Wärterinnen waren dauernd nöthig, um die Patientin im Bett zu halten, damit sie nicht durch ihre Unruhe irgendwie sich beschädigte. Nach vielem Widerstreben, veranlasst durch üble Erfahrungen mit Hyoscyamin, wandte ich schliesslich eine Hyoscyamin-Injection von 3 Milligramm an. Der Erfolg war frappant. Vier Tage vollständige, anhaltende Ruhe, Klarheit und Wohlbefinden. Der Puls, welcher vorher zwischen 90 und 120 schwankte, klein war und geringe Spannung des arteriellen Systems zeigte, wurde vollständig kräftig, und hielt sich zwischen 80 und 90 in der Minute. Nach Verlauf von vier Tagen trat eine neue Erregung ein; dieselbe Dosis Hyoscyamin hatte dieselbe Wirkung und schliesslich trat unter dem regelmässigen Gebrauch des Mittels völlige Beruhigung ein, ohne dass ich genöthigt war, die Dosis zu steigern, und ohne dass ein bedenkliches Symptom aufgetreten wäre, worauf die sorgfältigste Beobachtung dauernd gerichtet war. Die Beruhigung war vollständig, doch blieb die Verwirrung bestehen, was ich indess aus anderen klinischen Gründen mit der Wirkung des Hyoscyamins in keinen Zusammenhang bringen kann.

Der andere Fall bezieht sich auf eine alte inveterirte Chorea. Fräulein B., 28 Jahre alt, seit 17 Jahren Chorea major, in allen erdenklichen Anstalten nach jeder bekannten Methode behandelt, stets ohne jeden Erfolg. Diese Pat. bekommt seit dem 17. Februar Hyoscyamin-Injectionen mit nur viermaliger Unterbrechung einer zweitägigen Pause. Angefangen wurde mit 2 Milligramm und ist gestiegen bis zu 1 Centigr. als einmalige Dosis, oder es wurden zuletzt zweimal pro die 8 Milligr. gegeben. Jedoch war die letztere Dosis von unangenehmen Erscheinungen begleitet, und traten starke Heiserkeit, Trockenheit im Halse, Herzklopfen ein, während der Puls zwischen 120 und 140 schwankte. Als subjectives Gefühl machte sich Flimmern vor den Augen, Uebelkeit bemerkbar, welches Symptom erst nach zwei Tagen schwand. Ernährungsstörungen, Appetitmangel traten niemals ein. Ob zwei kleine Furunkel auf der Kopfhaut mit der Wirkung des Mittels zusammenhängen, halte ich für unerwiesen. Die Einspritzungen bewirkten stets 3—5stündige, der Pat. äusserst wohlthätige Ruhe der Gesammtmuskulatur. Bisweilen trat nach der Injection leichter Schlaf ein; für gewöhnlich lag Pat. in einem angenehmen Zustande da. Ich halte dafür, dass unmittelbar nach der Injection Bettlage geboten ist, da ebenso, wie bei Morphium die Wirkung, wenn man sie nicht durch ruhige Bettlage unterstützt, meinen Erfahrungen nach eine ganz andere ist.

Ausser den geschilderten unmittelbaren und directen Wirkungen trat in diesem Fall dauernde Besserung ein, und wurden die Zuckungen der Muskulatur und die Sprachstörungen schwächer. —

Ich habe mich so schwer zu den Hyoscyamin-Injectionen wieder entschlossen, weil ich genug Erfahrungen gemacht hatte, die wenig ermunternd waren. Der Grund für die besseren Erfolge liegt darin, dass wir jetzt ein ungleich besseres und sicheres Präparat haben. Nach den Mittheilungen des hiesigen Apothekers

Digitized by Google

kostet das Hyoscyamin, wie ich es anwende, per Gramm 20 Mark; es soll aber noch ein zweites Präparat im Handel sein, welches nur $2^1/_2$ Mark kostet, und soll die Anwendung des letzteren die unsicheren und unangenehmen Wirkungen zeigen.

Ich theile noch die Wirkungen des Hyoscyamins beim gesunden Menschen mit. Die Erscheinungen sind schon nach einem Milligramm ausserordentlich wesentlich. Nach 15—20 Minuten tritt Hitzegefühl in der Kopf-, Hals- und Schultergegend ein mit dem Gefühl kalter Berieselung verbunden. Dazu kommt Flimmern, sowie Hitze im Gesicht; objectiv starke Röthe, verbunden mit leichter und scheinbarer Turgescenz des Gesichts. Diese Symptome hielten trotz ruhiger Bettlage über 6 Stunden an und verloren sich dann ganz allmählich. Eine Morphium-Injection hatte gar keine Einwirkung darauf, während bei einer Atropin-Injection, welche dieselben Erscheinungen hervorrief, eine Morphium-Injection die Symptome sofort zum Schwinden brachte.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Origine del tractus olfactorius e struttura dei lobi olfactorii dell'uomo e di altri mammiferi**[1] di Golgi. (Archiv. ital. 1882. II. Communicazione fatta all' instituto Lombardo di science etc.)

Verf. untersuchte, aus welchen Ganglienzellen die Fasern des tractus olfactorius entspringen und ob diese Zellen hinsichtlich ihrer specifischen sensiblen Function nachweisbare morphologische Unterschiede von andern aufweisen, um zugleich der Frage näher zu treten, ob überhaupt die specifische Leistung einer Nervenzelle an besondere anatomische Grundlagen gebunden sei.

Ferner untersuchte er, ob die Elemente des Lobus olfactorius noch weitere Communication mit anderen Regionen des Centralnervensystems, ausser ihrem Zusammenhanges mit den Fasern des Tractus, hätten.

Durch Untersuchung zusammenhängender Systeme von Verticalschnitten durch den Lobus olfactorius fand Golgi folgende Schichtungen:

1. Eine oberflächliche, sich von vorn nach hinten verschmälernde, gegen den Gyrus hippocampi hinziehende Schicht. (Querschnitt des Tractus olfactorius.)

2. Eine dickere Schicht von grauer, an Ganglienzellen reicher Substanz; Ganglienzellen in den tieferen Schichten vorwiegend häufig.

3. Eine ohne bestimmte Abgrenzung von der vorigen verlaufende, aus Bündeln verschiedener Nervenfasern gebildete Schicht, deren Fasern sich in der grauen Substanz verbreiten und verlieren.

Golgi stellt nun weiter fest, dass in der grauen Substanz der Lobi olfactorii zwei verschiedene Arten von Nervenzellen vorkommen:

1. Typus: Solche, deren Ausläufer sich rasch in feinste Fibrillen vertheilen, welche schliesslich ihre eigene Selbstständigkeit verlieren, um in einem feinen Netzgerüst, wie solches der grauen Substanz zu Grunde liegt, aufzugehen.

2. Typus: Solche, deren Ausläufer bis auf einige feinste Fasern, welche ebenfalls zur Bildung des Netzgerüstes beitragen, nach mehrfacher Theilung noch selbst-

---

[1] Aufsatz nicht im Original zugänglich.

Digitized by Google

ständige Fibrillen bleiben um mit andern Fibrillen vereinigt in die graue Substanz einzutreten.

Es gelang ferner festzustellen, dass die Fasern des Tractus olfactorius zuweilen von ihrem longitudinalen Verlauf abbogen, um sich schräg in die darüberliegende graue Substanz zu inseriren.

Dort vertheilen sie sich durch fortgesetzte Spaltung auf das Feinste, so dass in der grauen Substanz ein dichtes System nahe bei einander liegender, aber immerhin von einander getrennter, Insertionsgebiete (Zonen) derartigen Netzwerks entsteht.

Dies führt zu einer vollständigen Verbindung mit dem vorerwähnten Netzwerk feinster Vergitterung jener Ausläufer der Ganglienzellen ersten und zweiten Typus.

Die Verbreitung der tiefen Bündel konnte bis in den Stabkranz, einige sogar, mit Wahrscheinlichkeit, bis zur Commissura anterior verfolgt werden.

Die Nervenfasern des Tractus olfactorius entspringen daher aus dem Netzwerk feinster Nervenverzweigungen der Lobi olfactorii, stehen dagegen nur in indirectem Zusammenhang mit den Ganglienzellen dieser Region.

Die Nervenfasern des Tractus, welche sich nicht vollständig und bis zum Verlust der Individualität theilen, treten in directe Verbindung mit den Ausläufern der Ganglienzellen vom zweiten Typus.

Es steht also eine Ganglienzelle des ersten Typus in Verbindung mit den Fasern des Tractus, dem Stabkranz und den Fasern der vorderen Commissur. Eine Ganglienzelle vom zweiten Typus steht in Connex mit diesen drei Kategorien der Faserbildung, doch mit dem Unterschiede von den Zellen des ersten Typus, dass eine directe Verbindung mit dem Stabkranz vorhanden ist, aber eine nur indirecte mit den Nervenfasern des Tractus und wahrscheinlich auch mit der vorderen Commissur besteht.

Ein isolirter Rapport der Gangliengebilde des Lobus olfactorius mit den Nervenendigungen in der Riechschleimhaut findet danach nicht statt. Die sensuelle Perception geschieht durch Vermittelung des eingeschalteten Netzwerks. Jehn.

Experimentelle Physiologie.

2) The physics of nerve-stretching by J. Symington. (British med. journ. May 27. 1882.)

Verf. suchte die Kraft zu bestimmen, die dazu gehört, den Nervus ischiadicus zu zerreissen. Er befestigte Gewichte an dem in der Gegend der Glutaealfalte freigelegten Nerven. Durchschnittlich erforderliche Kraft etwa $140^3/_4$ Pfd. (84—176 Pfd.). Unter 14 Fällen riss der Nerv sechsmal an der Applicationsstelle, achtmal an der Insertion in das Rückenmark. Smidt.

---

3) On reflexes and pseudoreflexes by A. de Watteville. (British med. journal. May 20. 1882. Sep.-Abdr.)

Vorläufige Mittheilungen über myographische Untersuchungen des Kniephänomens, der Hautreflexe etc. Verf. kommt zu folgenden Schlüssen: 1) Die Latenz des Plantarreflexes ist etwa dreimal so lang wie die des sogenannten Sehnenreflexes. 2) Die Muskelkontraction auf Hautreize hat einen protrahirteren Verlauf wie die auf Sehnenpercussion. 3) In gewissen Fällen ist die Muskelkontraction nach Sehnenpercussion in Latenz und Protraction ganz gleich der durch Hautreize hervorgerufenen. 4) In gewissen Fällen veranlasst die galvanische Reizung ebenfalls eine länger latente und protrahirtere Zuckung, wie die dem elektrischen Reize sonst zukommende. 5) Der Unterschied zwischen den Latenzen der Kniephänomene (Knee-jerks) folgend auf Fusssohlenreize und derer, die auf Sehnenpercussion folgen, ist gleich der Zeitdauer für

Digitized by Google

die Reizübertragung von der Sohle zum Knie; die Latenzdifferenz der Gastrocnemius und Extensor. femoris. Contraction auf Sohlenreize ist eine verhältnissmässig geringe, da beide ihre Nerven in der Nähe des Kniees empfangen. 6) Die Möglichkeit, dass wahre Reflexcontractionen sowohl dem galvanischen Reize wie der Sehnenpercussion folgen können (s. 3 u. 4) ist für die Diagnose von grosser Wichtigkeit und verdient weitere Beachtung. Smidt.

4) **L'aumento e la diminuzione de calore nel cervello per il lavoro intellettuale** del G. Corso. (La Salute. 1882. II. Nr. 12.)

Verf. versucht einen Einfluss sensitiver Reizung auf thermische Vorgänge im Gross- und Kleinhirn, der Medulla oblongata und dem centralen Theil der Optici nachzuweisen. Gewisse Theile des Gross- wie Kleinhirns, zumal die Hinterlappen sollen weniger in der genannten Weise afficirt werden, da sich für derartige thermische Schwankungen unerregbare Partien ergaben, die entweder gar nicht oder doch nur in Intervallen reagirten.

Corso will ferner festgestellt haben, dass bei Gemüthsbewegungen die allgemeine Körpertemperatur sinkt. Diese sollen auch die Temperatur des Hirns herabsetzen. Dagegen wird durch sensitive Reize die Temperatur des Hirns erhöht, ohne dass die Respiration als Factor mitwirke. Die Hirntemperatur sinkt im Schlafe, steigt aber in demselben, wenn sie vorher durch sensitive Reize erniedrigt war.

(Dies ist ein Widerspruch, da der Artikel vorher angiebt, dass bei sensitiven Reizen die Hirntemperatur erhöht werde. Ref.)

Das Einfallen eines Lichtstrahles bringt Erwärmung, ohne Concurrenz der Wirkung von Wärmestrahlen, mit sich.

Im Kleinhirn wird die Temperatur durch sensitive Reize herabgesetzt, besonders wenn solche vom Unterleib und dem Geschlechtsorgan ausgehen.

Ein Urtheil über diese Arbeit ist dem Leser bei der skizzenhaften und nur referirenden Mittheilung des Inhalts und dem Mangel jeglicher Angabe der Untersuchungsmethode nicht möglich. Jehn.

Pathologische Anatomie.

5) **Die pathologische Anatomie der Tabes dorsalis.** (Beiträge zur Pathologie des Rückenmarks. III.) Von Dr. Ad. Strümpell. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XII. S. 733.)

S. giebt auf Grund mikroskopischer Untersuchung des Rückenmarks in zehn Fällen von typischer Tabes dorsalis eine ausführliche Darstellung und Besprechung der dem tabischen Symptomencomplexe zu Grunde liegenden Hinterstrangaffection. Ausgehend von der klinischen Thatsache, dass bei der Tabes stets dieselben bestimmten Symptome, wenn auch in wechselnder Intensität und Reihenfolge auftreten, während andere Symptome (spastische Erscheinungen, Atrophien etc.) constant fehlen, sucht S. durch die anatomische Untersuchung vor Allem die Frage zu entscheiden, ob die Tabes eine Systemerkrankung sei oder nicht. Die anatomischen Befunde sprechen mit aller Entschiedenheit für die erstere Annahme.

In initialen Fällen (in denen zwei zur Untersuchung kamen) erkranken im Brustmark zwei schmale seitliche, ganz symmetrisch gelegene Felder, in welche vorzugsweise Fasern aus den Hinterhörnern einstrahlen. Ferner erkrankt im Brustmark sehr frühzeitig ein schmaler medianer Streifen zu beiden Seiten der hinteren Fissur. In fortgeschrittenen Fällen findet man im Brustmark die Hinterstränge in ganzer Ausdehnung erkrankt.

Im Lendenmark beginnt die Erkrankung stets in dem mittleren, ziemlich ausgedehnten Rayon der „hinteren Wurzelzone", von welchem sich die Anfangs intact

Digitized by Google

bleibenden vorderen und hinteren Partien scharf abgrenzen. Beim weiteren Fortschreiten der Krankheit degenerirt auch die hintere Zone zum grössten Theil. Nur ein bestimmtes kleines Feld, welches entweder ein kleines Oval oder Dreieck um die hintere Fissur herum darstellt, bleibt meistentheils verschont. Die systematische Sonderstellung dieses Feldes hat schon Flechsig durch entwicklungsgeschichtliche Thatsachen erkannt. Der vorderste Abschnitt der Hinterstränge im Lendenmark dagegen bleibt fast stets von der Degeneration verschont, abgesehen von einen schmalen medianen Sfreifen, welcher von der erkrankten mittleren Zone ausgehend bis zur hinteren Commissur heranreichen kann.

Im Halsmark erkranken die Goll'schen Stränge gewöhnlich schon ziemlich frühzeitig und zwar ihre hinteren Abschnitte stets früher, als die vorderen. Wahrscheinlich verlaufen hinten die längsten, am weitesten unten entspringenden Fasern. Weiterhin erkrankt dann auch im Halsmark die hintere Wurzelzone in charakteristischer Abgrenzung. Dagegen bleiben bemerkenswerther Weise zwei Felder in den Hintersträngen des Halsmarks stets ganz oder wenigstens für lange Zeit von der Degeneration verschont. Dies sind die von S. sogenannten „hinteren, äusseren Felder", an der hinteren Peripherie, nach aussen von den G. S. gelegen, und die „vorderen, seitlichen Felder", an der vorderen inneren Grenze der Hinterhörner gelegen. Erstere erkranken erst in weit fortgeschrittenen Fällen, letztere bewahren auch dann noch ihre Integrität.

Constant sind Veränderungen in der grauen Substanz der Hinterhörner, ebenso die schon lange bekannte Atrophie der hinteren Wurzel. Letztere ist von der Hinterstrangaffection aber nicht prinzipiell zu trennen, da es dieselben Fasern sind, welche in den hinteren Wurzeln und in ihrem weiterem Verlauf im Rückenmark selbst degeneriren.

Die Seitenstränge (auch die Kl. S.) sind bei typischer Tabes meist ganz normal. Nur wenn sich gegen Ende der Krankheit neben den tabischen Symptomen echte Paralyse der Beine entwickelt, findet man auch die Py-S. in systematischer Weise erkrankt.

Somit sind es also mehrere bestimmte Faserabschnitte in den Hintersträngen, welche bei der Tabes primär erkranken. Daneben aber giebt es auch im Gehirn bestimmte Gebiete (Optici, Oculomotorii etc.), welche offenbar von derselben krankmachenden Schädlichkeit afficirt werden. Obwohl wir letztere nicht kennen, müssen wir doch annehmen, dass sie auf bestimmte Fasersysteme im Gehirn und Rückenmark deletär einwirkt, während sie andere Fasern von anderer physiologischer Bedeutung und von anderen Ernährungsverhältnissen vollkommen verschont. Eine vollständige Analogie findet diese Auffassung in zahlreichen bekannten Giftwirkungen (Secale, Blei). Die Tabes ist also nicht die Erkrankung eines bestimmten Fasersystems, sondern ist eine combinirte Systemerkrankung. Bedeutungsvoll ist es, dass gerade die bei der Tabes frei bleibenden Abschnitte des Rückenmarks (Py-S., Kl. S., gewisse Abschnitte der Hinterstränge) bei der andern von S. beschriebenen Form combinirter Systemerkrankung befallen werden. Hierbei ist dann auch das klinische Bild genau der Tabes entgegengesetzt, spastische und Lähmungserscheinungen herrschen vor, Sensibilitätsstörungen fehlen.

In Bezug auf die Frage nach der Bedeutung der Lues für die Aetiologie der Tabes giebt S. an, in neuerer Zeit, wo hierauf mehr geachtet wird, viel häufiger als früher Zeichen von Lues bei Tabikern gefunden zu haben. Er hält daher für eine Anzahl der Fälle einen Zusammenhang mit Lues nicht für unwahrscheinlich. Das luetische Gift würde dann auf die bestimmten, bei der Tabes erkrankenden Fasern seine specifische schädliche Wirkung ausüben.

In Betreff zahlreicher Details muss auf die Originalabhandlung verwiesen werden.

M.

Digitized by Google

Pathologie des Nervensystems.

6) Ueber respiratorischen und phonischen Stimmritzenkrampf von Dr. W. Hack, Freiburg i. B. (Sep.-Abdr. aus Dr. Wittelshöfer's Wiener med. Wochenschr. No. 2 u. ff. 1882.)

Verf. berichtet folgende Fälle:

I. Respiratorischer Stimmritzenkrampf.

Ein 23jähriges Mädchen, ohne Zeichen von Hysterie, war wegen Lues auf der Klinik aufgenommen. Während die wenigen Manifestationen der Lues unter entsprechender Behandlung rasch zurückgingen, entwickelte sich eine acute Laryngitis mit Aphonie, mit Parese des Thyreoarytaenoid int. und des Transversus. Nachdem Catarrh und Parese unter indifferenten Inhalationen geschwunden, trat in der zweiten Woche Nachts ein eigenthümlicher Erstickungsanfall mit Verlust der Besinnung auf. Bei der laryngoscopischen Untersuchung der Bewusstlosen, kaum respirirenden Pat. fand Verf., dass die Proc. vocales in der Mitte fest aufeinander gepresst waren, vor und hinter denselben war die Glottis spaltförmig geöffnet (Spasmus der Cricoarytaenoid. laterales). Mittelst eines unter Leitung des Spiegels eingeführten Schrötter'schen Hartkautschukbougies gelang es, die Proc. vocales auseinander zu treiben, worauf sofort der Krampf nachliess, Bewusstsein und Athmung rasch wiederkehrten. Ein in den nächsten Tagen drohender Anfall wurde durch sofortiges Bougiren coupirt. Später zeigte sich keine Erscheinung mehr.

Verf. sucht die Ursache für die Länge und Gefährlichkeit des Anfalls in dem Umstande, dass die Glottis während des Krampfes nur theilweise geschlossen war. Bei completem Schluss der Stimmbänder erlischt vermuthlich die Erregbarkeit der motorischen Vagusfasern eher, als die des Centrums der Athembewegung und es höre deshalb der Glottiskrampf von selbst auf, ehe das Leben erlischt. Dagegen liess in der Beobachtung der Verf. das Minimum eindringender Luft die Nerven noch erregungsfähig bleiben und unterhielt den Krampf. Ueber die eigentliche Natur des Krampfes giebt Verf. kein bestimmtes Urtheil ab. Bezüglich des therapeutischen Vorgehens zieht Verf. aus dem Erfolg der Tubage in seinem Fall den Schluss, dass auch in sehr bedrohlichen Fällen von Glottiskrampf die Tracheotomie durch die Bougirung des Larynx umgangen werden könne.

Die zweite Beobachtung betrifft einen 80jährigen Herrn, der sonst gesund, seit 25 Jahren an äusserst quälenden Erstickungsanfällen mit zusammenschnürenden Gefühl am Halse litt. Dieselben stellten sich Anfangs seltener, später fast jede Nacht und öfter auch bei Tage ein. Die äusserste Athemnoth und Erstickungsangst löste sich schliesslich mit einem tiefen Athemzuge. Die Affection war meist als „Asthma" mit den verschiedensten Mitteln erfolglos behandelt. Die laryngoscopische Untersuchung ergab im übrigen normalen Befund. Nur im linken Sinus pyriformis zeigte sich eine linsengrosse entzündete Schleimhautstelle. Die am stärksten geröthete Stelle entsprach der sogenannten Plica nervi laryngei. Die Vermuthung, dass ein hier auf den direct unter der Schleimhaut liegenden Nerven einwirkender Reiz reflektorisch den Krampf erzeuge, wurde durch den Versuch bewahrheitet; durch Anblasen der betreffenden Stelle mit dem Pulverbläser wurde von hier aus, und nur von hier ein typischer Anfall ausgelöst, der durch Compression der Vagi am Halse übrigens coupirt werden konnte. Die locale Behandlung der entzündeten Stelle mit Alaun hatte vollkommenen Erfolg, indem die Anfälle nach der ersten Sitzung nie mehr wiederkamen.

Es lässt sich annehmen, dass eine ursprüngliche Schleimhautentzündung im Sinus pyriformis sich auf den darunterliegenden Nerven resp. dessen Hüllen fortsetzte: durch die Schleimhautentzündung waren auch die peripheren Endapparate des Nerven leichter erregbar und so erklärt sich die heftige Rückwirkung jedes unbedeutenden

Digitized by Google

Reizes auf das Reflexcentrum in Form des heftigen Spasmus der Glottis. Verf. weist darauf hin, dass bei Erwachsenen der Spasmus glottis meist reflectorisch zu Stande komme und macht besonders auf Nasenhöhle und Nasenrachenraum als möglichen Ort der primären Reizstelle aufmerksam.

II. Phonischer Stimmritzenkrampf.

Die beiden Fälle dieser Categorie zeichnen sich dadurch aus, dass die Affection nicht wie gewöhnlich „nervöse", sondern durchaus gesunde, kräftige Individuen befiel, dass lang fortgesetzte Ueberanstrengung des Stimmorgans zweifellos zu Grunde lag.

Ein muskulöser, mit mächtiger Stimme begabter Ausrufer empfand nach einer aussergewöhnlichen Kraftleistung seiner Stimme stechenden, zusammenschnürenden Schmerz in der Kehle und hochgradige Störung der Phonation, so dass er nur mit äusserster Anstrengung fistulirende Töne hervorbringen konnte. Nach einer Pause von mehreren Wochen trat wieder bei längerem forcirtem Ausrufen ein Anfall ein, in dem Pat. zeitweise mittelst kräftigen Pressens schrille Töne hervorbrachte, zeitweise aber kein Laut möglich war. Von da ab kamen die Anfälle des phonischen Krampfes immer häufiger und auch beim gewöhnlichen Sprechen, sobald Pat. sich unter freiem Himmel befand. Laryngoscopisch war nichts Abnormes zu finden, keine respiratorische Störung vorhanden, von Emphysem keine Spur. Da der Pat. seine Thätigkeit als Ausrufer nicht aufgeben wollte, so verschlimmerte sich der Zustand mehr und mehr und schien sich schliesslich eine dauernde Aphonie herauszubilden.

Obwohl während des Anfalls kein laryngoscopischer Befund erhoben wurde, so ergab sich doch klar aus der Anamnese, dass es sich um eine übermässige spastische Aktion der in den Stimmbändern verlaufenden Muskeln und der übrigen Glottisschliesser handeln musste, die aber nur unter bestimmten Verhältnissen eintrat. Das Moment der krankhaften Furcht, das Verf. mit der Agoraphobie paralellisirt („Phonophobie") spielte dabei eine wesentliche Rolle.

Bei einer weiteren Beobachtung von phonischem Stimmritzenkrampf handelte es sich um einen muskelkräftigen Sergeanten, der wegen seiner lauten Kommandostimme renommirt war. Im Anschluss an einen leichten Pharynx- und Larynxcatarrh, während denen Pat. mit grösserer Anstrengung commandirte, nahm die Stimme zuerst in den höheren Lagen ab, sodass er sich nur der tieferen bediente, die Stimme dabei aber immer mehr forcirte. Eine Behandlung der catarrhalischen Erscheinungen hatte auf die Stimme gar keinen Einfluss, im Gegentheil nahm der Umfang immer mehr ab, sodass von hohen Tönen schliesslich nur noch ein fistulirendes i möglich war.

Verf. constatirte bei der Untersuchung ca. $^1/_2$ Jahr nach dem Beginn das auffallende Missverhältniss zwischen dem geringen Catarrh und der phonatorischen Störung: Die Stimmbänder schlossen allerdings zunächst nur in ihren vorderen zwei Dritteln, während die Glottis cartilag. offen blieb, doch erfolgte nach einmaliger Sondeneinführung regelmässiger vollständiger Schluss. Die Stimme wurde dadurch aber keineswegs besser, sondern es war danach auch die Fähigkeit, das hohe i zu produciren, aufgehoben. Die Vibrationen der Stimmbänder fehlten vollständig. Die Diagnose musste auf spastische Aphonie gestellt werden, Simulation war aus verschiedenen Gründen auszuschliessen.

Percutane und endolaryngeale Faradisation, centrale Galvanisation hatten gar keinen Erfolg, auch 14tägige absolute Ruhe des Stimmorgans blieb ohne Einfluss. Gelegentliches Sprechen im Schlaf erfolgte mit lauter Stimme, ebenso war während der Chloroformnarkose und auch einigemale im Affekt die Stimme normal und ohne Spur von Heiserkeit. — Im Ganzen blieb Pat. aphonisch und fand sich mit der Zeit mit seiner Flüstersprache ab.

Verf. erklärt sich den Mechanismus des durch catarrhalische Entzündung entstandenen Uebels folgendermaassen:

Digitized by Google

Zunächst Steigerung des Catarrhs durch vermehrte Anstrengung der Stimmbänder, Transversuslähmung und Parese der Cricoarytaenoid lateral., erneuerte übermässige Anstrengung, dadurch schliesslich Spasmus der Thyreoarytaenoid. int. Obwohl die übrigen Schliessmuskeln später ihre normale Contractionsfähigkeit wieder erlangten, blieb doch der Krampf der Thyreoarytaenoid. int. habituell und in diesem Krampf lag auch lediglich die Ursache des Ausfalls der Stimme.

Verf. macht zum Schluss auf die grosse praktische Bedeutung der Thatsache aufmerksam, dass es einen partiellen Spasmus einzelner Adductoren im Larynx ebensogut giebt, wie eine isolirte Lähmung. Gerade der partielle respiratorische Glottiskrampf ist nach ihm das Leben bedrohender, als der complete.

Eisenlohr.

---

7) **Ueber Neuritis olfactoria** von Prof. Huguenin. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. No. 9 und 10.)

Verf. hat kürzlich die Ansicht entwickelt, dass die im Gefolge von Hirntumoren auftretende Neuritis optica descendens immer einem in die Sehnervenscheide fortkriechenden meningitischen Prozesse ihre Entstehung verdanke (s. Ref. in Nr. 8 dieses Centralbl.). In ähnlicher Weise sucht er nun die bei Hirntumoren zu beobachtenden doppelseitigen Geruchsabnormitäten auf eine fortgeleitete Neuritis olfactoria zu beziehen. Er schildert einen Fall von Sarcom des rechten Schläfelappens mit chronischer Entzündung der Pia, die sich vom Sitz der Geschwulst über die ganze Basis erstreckte. Das Chiasma und die Lobi olfactorii waren in zähes Bindegewebe eingeschlossen; letztere, sowie Bulbi und Tractus olfactorii bedeutend atrophirt. Intra vitam hatte völliger Verlust des Sehvermögens (Neur. desc. hohen Grades) und des Geruchs bestanden; ferner linksseitige Lähmung incl. Facialis und Hypoglossus, wofür ein entzündliches Oedem des rechten Hirnschenkelfusses mit Atrophie der rechten Pyramide die anatomische Erklärung gab; psychisch: progressive Demenz. Die ersten Zeichen des Gehirnleidens (Kopfschmerz) waren fünf Monate vor dem Tode aufgetreten. In einem zweiten, bisher nur klinisch beobachteten Fall, deutet die gekreuzte Parese (Facialis und Hypoglossus links, Extremitäten rechts) auf einen Tumor am unteren Ponsrand, der wahrscheinlich das Crus cerebelli ad pontem umfasst (Reitbahngang, Ataxie). Die Atrophie der Sehnerven mit beiderseitiger totaler Blindheit, sowie der völlige Verlust des Geruchs können daher auch hier nur als Schlusseffect einer Neuritis optica und olfactoria infolge fortschreitender chronischer Basalmeningitis betrachtet werden. In analoger Weise wird für die in beiden Fällen constatirte Abnahme des Gehörs eine Neuritis acustica in Anspruch genommen.

Verf. kommt zu dem Schluss, dass Störungen des Seh-, Hör- und Riechvermögens bei Hirntumoren zur Localdiagnose nicht verwerthet werden können. Fast alle Hirntumoren machen zu einer Zeit ihres Bestehens eine chronische Entzündung an der Basis, welche die exponirtesten Nerven als Neuritis descendens einhüllt und sie bei einer gewissen Intensität zur Atrophie bringt. Diese chronische Entzündung ist auch die Ursache des chronischen Hydrocephalus beim Tumor. Tuczek.

---

8) **Contribution à l'étude des lésions du quatrième ventricule dans le diabète spontané** von J. Luys. (L'Encéphale. II. 1. p. 8—22 und T. I.)

L. theilt vier Fälle von Diabetes mit, in denen er Veränderungen am Boden des vierten Ventrikels fand. In den leichtesten Graden (Tod an intercurrenter Lungenaffection) bestand plaqueweise Hyperämie; besonders die vorderen Abschnitte unterhalb des Abgangs der Bindearme zeigten starke Vascularisation, Erweiterung der Capillaren, Verdickung und Pigmentinfiltration ihrer Wand; in den höheren Graden war es zu in-

Digitized by Google

tensiver Injection und „Erweichung“ bis auf die tiefe Querfaserschicht der Brücke gekommen. Makroskopisch sah man dunkelbraune oder braunrothe Flecke und kleine Grübchen, denen mikroskopisch Degeneration und Atrophie der Ganglienzellen (aus der Abbildung nicht deutlich erkennbar, Ref.) und Anhäufung von Körnchenzellen entsprach. In einem Fall wurden Capillaraneurysmen beobachtet. — Welche Nervenkerne afficirt waren, ist nicht ersichtlich.

Dem Verf. erklären diese Veränderungen in den „trophischen“ Centren nicht nur die Glycosurie und Albuminurie, sondern auch die im Gefolge des Diabetes auftretenden trophischen Gehörs-, Augenmuskel- und Athmungsstörungen. Für die eklamptischen Anfälle der Diabetiker wäre ein Fortschreiten der Hyperämie bis in die Ganglienlager zwischen den Querbündeln des Brückenarms anzunehmen. Auch die bei Paralytikern intercurrent vorkommende Glycosurie wird auf die Ependymgranulationen in den „régions diabétiques“ des 4. Ventrikels zurückgeführt.

Tuczek.

---

9) Chute sur le crâne. — Fracture du rocher par contre-coup. — Contusion du cerveau par E. Meunier. (Soc. anat., Séance du 28. Octobre 1881; Progr. méd. 1882. 20.)

Ein 47jähriger Mann blieb nach einem Sturz auf die linke Seite des Kopfes bewusstlos liegen, blutete aus dem rechten Ohr, zeigte totale rechtsseitige Hemiplegie incl. Facialis und Augenmuskeln. Tod am zweiten Tag, nachdem die gelähmten Muskeln deutlich rigide geworden waren. Kein Schädelbruch auf der Fallseite, Fractur der Basis der gegenüberliegenden Seite ohne grösseren Bluterguss, Zertrümmerung des Schläfelappens und der Centralganglien auf der Fallseite. Für die Diagnose waren die Zeichen beginnender Contractur bedeutsam. Tuczek.

---

10) Zur Localisation der Hemianopsie und des Muskelgefühls beim Menschen von Westphal. (Charité-Ann. 1882. S. 466.)

Ein früher als „Delirant“ kurze Zeit behandelter 38jähriger Arbeiter, der ziemlich getrunken, keine Syphilis gehabt hatte, erkrankte mit aphasischen Symptomen, Kopfschmerz, Trübung des Bewusstseins. Anfallsweise bestanden (abgesehen von einer vor der Aufnahme aufgetretenen vorübergehenden Hemiparese) Convulsionen der rechten Körperhälfte (Gesicht, Arm und Rumpf), welche nur von einer leichten Benommenheit begleitet waren und eine erhebliche Störung der Bewegungsfähigkeit des rechten Arms im Gefolge hatten. Während die grobe Kraft nicht sehr alterirt war, bestand eine Verminderung der Sensibilität am rechten Arme und Aufhebung des Bewusstseins für die Lage desselben. Nach Verschwinden der Aphasie und nachdem noch einmal ein Anfall von kurzer Bewusstlosigkeit mit Erbrechen aufgetreten war, bestand über ein Jahr lang bis zum Tode unverändert der folgende Zustand: Weder in der Motilität noch der Sensibilität des Gesichts besteht ein erheblicher Unterschied zwischen rechts und links. Bei intacter Sehschärfe ist beiderseits rechtsseitige Hemianopsie nicht scharf durch den Fixationspunkt gehend vorhanden. Augenhintergrund normal. Pat. schwitzt vorwiegend oder fast ausschliesslich an der rechten Kopfhälfte. Die grobe Kraft des rechten Armes steht nur unbedeutend hinter der des linken zurück, aber alle Bewegungen rechts geschehen mit einer grossen Ungeschicklichkeit, besonders wenn Pat. schreiben, einen Gegenstand fassen, oder wenn er auf- und zuknöpfen soll, welche letztere Manipulation er spontan nur links vornimmt. Das rechte Ohr fasst er meist nicht, mit geschlossenen Augen kann er einen Löffel nicht passend in die rechte Hand legen. Passive Lageänderung des rechten Armes bei Augenschluss wird nicht empfunden, active, unter denselben Umständen, lange nicht so genau ausgeführt als links. Aus der rechter Hand kann man ihm den Bleistift entfernen, er

Digitized by Google

fährt mit der Hand statt auf dem Papier in der Luft herum; links normales Verhalten. Die Hautsensibilität ist sowohl gegen Berührungen als Druckschwankungen und Temperaturunterschiede rechts schlechter als links, in geringerem Grade auch am Bein und Rumpf beeinträchtigt, schmerzhafte Reize werden percipirt. Es lässt sich in der Motilität des Beines keine Störung nachweisen, ebenso werden die Lageänderungen hier beiderseits annähernd gleich empfunden; der Bauchdeckenreflex fehlt rechts, Kniephänomen beiderseits gleich. — Plötzlicher Tod.

Veränderungen ausschliesslich an der linken Hemisphäre, wo an der ganzen hinteren Centralwindung, am obern und untern Scheitelläppchen und am grössten Theile des Hinterhauptlappens die Pia fest adhärirt. Ebenso lässt sich an der Verbindung zwischen der zweiten und dritten Schläfenwindung die Pia nicht ohne Substanzverlust abziehen. Sie adhärirt auch über dem Gyrus angularis. Unter den Adhäsionen fand sich eine ganz oberflächliche Erweichung und gelbliche Verfärbung der Rindensubstanz. Die hintere Centralwindung, beide Scheitelläppchen und die Hinterhauptswindungen sind deutlich verdünnt und ragen weniger hervor, so dass der hintere Theil der Hirnoberfläche platt erscheint.

Mikroskopisch fand sich an den am stärksten veränderten Stellen eine Verdünnung und Zerreisslichkeit des Gewebes in zwei durch eine Schicht relativ intacten Gewebes getrennten Zonen, welche einmal in die oberste an Ganglienzellen arme Schicht und dann in die tiefen dem Marklager nahe liegenden Abschnitte der Rinde fiel. An anderen Stellen flossen die veränderten Partien zusammen. In dem lockeren Gewebe sieht man entweder keine kleinen Pyramiden mehr oder Gebilde von rundlich eckiger Contour, die sich als veränderte Pyramidenzellen, manchmal noch mit einem gleichfalls unregelmässig gestalteten Kerne darstellen. Die Gefässe nicht besonders verändert, keine Körnchenzellen.

Auf diese oberflächliche Erweichung der Rinde der hinteren Centralwindung, des Scheitel- und Hinterhauptlappens sind sonach die Hemianopsie und die gleichfalls dauernd beobachteten Bewegungsstörungen und Sensibilitätsanomalien zurückzuführen, deren Analogie mit dem Verhalten der gewisser Rindenpartien beraubten Affen Munk's in die Augen springt.

Zum Schluss macht W. auf das Zusammenfallen von anfallsweisen einseitigen Convulsionen mit dauernder Hemianopsie, welches eine Erkrankung hinter der vorderen Centralwindung anzunehmen gestattet, aufmerksam und weist auf die Nothwendigkeit hin, das letztere Symptom, sowie die Störungen des Muskelgefühls durch genaue Beobachtung direct aufzusuchen. Moeli.

---

11) **Ueber periodisches Erbrechen (gastrische Krisen) nebst Bemerkungen über nervöse Magenaffectionen** von E. Leyden. (Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IV. Heft 4. S. 605.)

Häufig werden Krankheiten des Digestionstractus als „Magen-" oder „Darmcatarrhe" bezeichnet, deren Ursache aber sicher nicht in einer anatomischen catarrhalischen Schleimhautveränderung, sondern in rein nervösen Störungen liegt. Den grossen Einfluss des Nervensystems auf die Thätigkeit des Magens und Darms sehen wir schon aus den Wirkungen starker psychischer Erregungen. Aerger, Schreck, Ekel können Erbrechen, Appetitlosigkeit, Diarrhoe hervorrufen. Bei Beamten und Lehrern, welche geistig überanstrengt waren, besteht oft „nervöse Verstopfung". Bei Frauen und Mädchen giebt es Fälle von chronisch-nervöser Dyspepsie, welche das schwerste Magenleiden vortäuschen und die Patienten körperlich hochgradig herunterbringen können, wie aus einigen von L. angeführten Beispielen hervorgeht. Diese Fälle sind oft mit heftigen Neuralgien und Hyperästhesien des Magens verbunden. Sie treten namentlich häufig bei jüngeren Mädchen in Folge von Menstruationsstörungen, besonders von Suppressio mensium ein.

Digitized by Google

In eingehender Weise bespricht L. eine von ihm als „periodisches Erbrechen oder gastralgische Anfälle“ bezeichnete nervöse Magenaffection. Bekannt sind, namentlich durch Charcot's Schilderung, die gastrischen Krisen der Tabiker. Aehnliche Anfälle kommen auch bei andern chronischen Nervenleiden (subacute Myelitis, disseminirte Sclerose, allgemeine Paralyse) vor und ferner auch als selbstständige Erkrankung, ohne sich an eine Rückenmarkskrankheit anzuschliessen. Die Anfälle dauern einige Stunden oder selbst einige Tage. Sie beginnen ziemlich plötzlich. Bald stellen sich heftiges und reichliches Erbrechen und meist auch heftige Schmerzen im Epigastrium ein. Mitunter besteht dabei Kopfschmerz, allgemeine nervöse Empfindlichkeit, fast immer grosse Schwäche und elender Allgemeinzustand. Das Abdomen fand L. meist eingezogen. Es besteht hartnäckige Verstopfung, der Harn ist sparsam, dunkel, der Puls frequent. Ausser dem Magenschmerz beobachtet man zuweilen auch neuralgiforme Schmerzen in den Extremitäten. In der Zwischenzeit zwischen den Anfällen befinden die meisten Kranken sich ganz wohl. Hat man zufällig Gelegenheit zur Obduction, so findet man weder im Magen und Darm, noch an den Nerven (Vagus) irgend eine nachweisbare anatomische Veränderung. Zum Belege für das Mitgetheilte dienen einige ausführliche Krankengeschichten. Strümpell.

Psychiatrie.

12) Beitrag zur Lehre von den combinirten Psychosen von Dr. Arnold Pick, Dobrzan. (Prager med. Wochenschr. 1882. Nr. 23.)

P. macht auf die Wichtigkeit und das bisher sehr vernachlässigte Studium der Mischformen von Psychosen aufmerksam. Er bringt eine Beobachtung, in der neben Verrücktheit (nach langem Incubationsstadium primäre Entwickelung von Verfolgungswahn und Hallucinationen) die Zeichen der Melancholie (Selbstanklagen, Nahrungsverweigerung, „weil sie unwürdig sei“ u. s. w.) bestanden. Dieser gegenüber berichtet er über einen andern Fall von Verrücktheit, der äusserlich dem ersten fast vollständig gleicht, aber nur als Verrücktheit mit trauriger Verstimmung zu bezeichnen ist, da Selbstanklagen, Kleinheitsdelir fehlen. M.

13) Aberrazione del sentimento sessuale in un maniaco ginecomasta del Raggi. (La Salute. 1882. Nr. 11. p. 86.)

Ein maniakalischer Geisteskranker war von dem Wahn behaftet, ein Weib zu sein. Er hatte völlig entwickelte weibliche Brüste, welche Milch absonderten, so lange der maniakalische Zustand andauerte.

Die genannte Wahnvorstellung schien in dem Rahmen der Manie nur accidenteller Natur und durch das Erscheinen der Milchsecretion bei dem schon geistig Erkrankten entstanden zu sein, vielleicht auch in Folge von danach secundär auftretenden Hallucinationen.

Von der conträren Sexualempfindung wird der beschriebene Zustand ausdrücklich unterschieden. Jehn.

14) Sull' oicofobia, lettera al Prof. Salemi-Pace, del A. Verga. (Archivio italiano. 1882. II. p. 101.)

Prof. Salemi-Pace hatte den Zustand unüberwindlicher Scheu, welchen gewisse Geisteskranke vor der Rückkehr in ihr Haus und Heim haben, so dass sie lieber in der Anstalt verweilen, als dass sie die Freiheit aufsuchten, mit dem Namen „oicofobia“ bezeichnet.

Seine Anfrage an Verga, ob dieser es für angemessen halte, die Oicophobie

Digitized by Google

als Krankheitsform der Agoraphobie, Claustrophobie etc. gleichzustellen, beantwortet Verga dahin, dass eine solche Vorliebe für die Anstalt, wie die von Salemi näher dargelegten zwei Krankheitsfälle aufwiesen, sich völlig aus dem Zustand der an Verfolgungsdelirium leidenden Patienten erklären lasse.

Die Furcht vor dem Verlassen der Anstalt, in welcher sie Ruhe und Schutz vor all' den Verfolgungen der Aussenwelt gefunden hatten, lässt die Scheu vor dem eignen Heim völlig verständlich erscheinen.

In den mitgetheilten Fällen war dieses Symptom deutlich dem Verfolgungsdelirium zugehörig. Verga entscheidet daher, dass aus den mitgetheilten Fällen keine Berechtigung zur Aufstellung dieser Oicophobie als neue Krankheitsform hergeleitet werden könne. Jehn.

15) **A case of insanity, with hallucinations of hearing of seven years' standing, depending on disease of the middle ear.** Royal naval hospital, Great Yarmouth. Reported by Dr. Th. Browne. (British med. Journ. May 13. 1882.)

43jähriger Seemann, erlitt 1874 heftige Erkältung mit Congestion zum Kopfe, Schwindel etc. Bald darauf auffallende Aenderung des Charakters. Pat. wird mürrisch, aufsätzig, schweigsam, aggressiv in Folge von permanenten Hallucinationen drohenden Charakters, die besonders Nachts auftraten. Sieben Jahre später entdeckt man bei Untersuchung seiner Ohren eine veraltete Otitis externa et media. Mit deren Beseitigung resp. Besserung schwinden die Hallucinationen und psychischen Störungen völlig. Smidt.

16) **Early education and spiritualism,** by Mrs. Burnet. (Journ. of psych. med. and ment. path. N. Ser. Vol. VIII. 1882. P. I. p. 75.)

Allerlei interressante Ideen über Erziehung im Anschluss an eine kräftige Philippika gegen den Spiritismus. A. Pick.

17) **Mad Actors** (Geisteskranke Schauspieler). (Ibidem. p. 1.)

Aphoristisch gehaltener, nur auf literarischen Quellen beruhender Artikel. A. Pick.

18) **Il sangue dei pazzi pellagrosi** di Sepilli. (Archivio ital. 1882. V. p. 109. Sep.-Abdruck.)

Untersuchung des Bluts von 55 geisteskranken Pellagrosen ergab:

Bei der Mehrzahl der Untersuchten waren die rothen Blutkörperchen nach Quantität und Qualität verändert. Die Zahl derselben stand unter dem Mittel, das Hämoglobin war spärlich vertreten; beide Erscheinungen in übrigens sehr wechselndem Grade vorhanden.

Die Ursache des Leidens kann in unangemessener, verdorbener oder zu spärlicher Nahrung gesucht werden. Zur Cur empfiehlt sich daher für gute Ernährung und antidyscrasische Mittel zu sorgen. Jehn.

Therapie.

19) **A case of saltatory and general clonic spasm treated with conium.** By E. H. Jacob. (Brit. med. Journ. May 20. 1882.)

27jähriger, gut genährter Eisenarbeiter wird nach einem Trauma der Lumbarsäule von mehrmals täglich auftretenden clonischen Krämpfen befallen. Heilung durch Succus conii in grossen Dosen. Bald darauf saltatorische Krämpfe ebenfalls durch

Digitized by Google

Conium geheilt. Bei Abwesenheit hysterischer oder ähnlicher Symptome glaubt Verf. eventuell eine traumatische Reizung eines Centrums für coordinirte Reflexbewegungen annehmen zu müssen und citirt einschlägige physiologische Versuche. Smidt.

20) Ueber die Anwendung des Hyoscin bei Geisteskranken von Gnauck. (Charité-Annalen. 1882. 448.)

Versuche mit jodwasserstoffsaurem Hyoscin, einem Spaltungsproducte des Hyoscyamins crystallinischer Form, zeigten, dass eine Wirkung bei 0·0001 merklich, die Maximaldose auf 0·002 zu stellen war. Wie Hyoscyamin ist Hyoscin gegen Schmerzen selbst in grösseren Dosen wenig nütze. Als schlafmachendes Mittel leistet es mehr, am wenigsten bei Del. tremens; die innerlich gegebene Dose muss höher genommen werden als die subcutane, letztere Application wirkte im Durchschnitte bei 0,001—0·0015. Der Schlaf beginnt nach gut $^1/_2$ Stunde, dauert meist fünf Stunden und länger. G. kann aber dem Hyoscin gegenüber Morphium und Chloral um so weniger den Vorrang zugestehen, als dies nicht stets sicherer wirkt und Kopfschmerz, Schwindel, Mattigkeit, Uebelkeit häufig und noch leichter als nach Hyoscyamin folgen, sobald man über eine zuerst anzuwendende meist effectlose Anfangsdose von 0·0005 hinausgeht. Ebenso waren die Begleiterscheinungen oft störend bei den Kranken, bei welchen es zum Theil erfolgreich gegen tobsüchtige Aufregung gegeben wurde (bei Paralyse leistete es hier noch weniger), immer traten bei vorübergehender Beruhigung die früheren Erscheinungen nach dem Aussetzen wieder ein und eine dauernde Einverleibung des Präparates gestattete das cumulative Anwachsen der Intoxicationserscheinungen nicht. Also hat Hyoscin keinen Vorzug vor dem sicherer und weniger unangenehm wirkenden Hyoscyamin. Moeli.

21) Ueber Nervendehnung bei Tabes von Leyden. (Charité-Annalen. 1882. 207.)

Ausführliche Mittheilung anscheinend derselben Fälle, welche bereits in Nr. 4 d. Bl. kurz berührt sind. Die Besserung im Befinden der seit relativ nicht langer Zeit erkrankten Tabischen war eine illusorische, da die Funktionsfähigkeit noch längere Zeit nach der Operation nicht erhöht, sondern eher vermindert war und eine nachweisbare Besserung des Haut- und Muskelsinns nicht erzielt wurde. Auch der Nachlass schmerzhafter Empfindungen kann als durchgreifend nicht angesehen und somit selbst diese Indication für die Nd. nicht als zweifellos angesehen werden. Die Annahme L.'s, dass die tiefen Veränderungen im Rm. bei der ausgebildeten Tabes durch die Operation nicht wohl beeinflusst werden können, wurde bestätigt durch die (einstweilen) makroskopische Untersuchung eines Rückenmarks von einem $2^1/_2$ Monate post oper. gestorbenen Tabeskranken. Es fanden sich hier keine frischen Veränderungen; an beiden operirten Ischiadici noch 4—5 Cm. lange spindelförmige Anschwellungen von rosig injicirter Farbe. Moeli.

Forensische Psychiatrie.

22) Sur un cas rare de Dipsomanie (Abus d'inhalations d'éther sulfurique) par Legrand du Saulle. (Annal. d'Hygiène publ. et de Médecine légale. Mai 1882.)

Forensische, wenig ausführliche Beurtheilung eines Falles von Schwachsinn (anscheinend mit moral Insanity), bei dem intercurrent Drang, sich zu betrinken und zu betäuben, auftrat. Die Mutter des Pat. hatte die Apotheker von Paris durch Circular benachrichtigt, ihrem Sohne keinen Aether sulf. zu verabfolgen und diesem das Geld entzogen. Der junge Mann borgte sich von dem Droschkenkutscher 5 Frank, holte sich dafür Aeth. sulf., bestieg die Droschke wieder, berauschte sich, wurde schliesslich gegen den Kutscher, den er nicht bezahlte, gegen Schutzleute u. s. w. gewaltthätig, verhaftet. Dasselbe Spiel wiederholte sich sehr oft. Aus der Irrenanstalt wusste er verschiedene Male zu entkommen. M.

Digitized by Google

23) The Plea of insanity in the case of Lefroy. (Journ. of psych. med. and ment. path. N. Ser. Vol. VIII. 1882. P. I. p. 122.)

Lyttleton S. Forbes Winslow theilt eine Reihe Anamnestica über den vor Kurzem hingerichteten Mörder L. mit, die es als sehr wahrscheinlich erscheinen lassen, dass derselbe geisteskrank gewesen. A. Pick.

---

24) „Was Guiteau insane?" (War G. geisteskrank?) By W. A. F. Browne, Scotland. (Ibidem p. 96.)

Plaidirt für die Annahme einer Geistesstörung. A. Pick.

Anstaltswesen.

25) Aerztlicher Jahresbericht der Provinzialständischen Irrenanstalt Göttingen pro 1881.

86 Kranke (48 männliche, 38 weibliche) wurden 1881 aufgenommen. Bestand ult. 1881: 185 m., 174 w. 10 Aufnahmegesuche mussten wegen Ueberfüllung abgelehnt werden. Die Errichtung einer neuen Irrenanstalt dürfte nicht hinauszuschieben sein. Von den Aufgenommenen litten 19 Männer und 14 Frauen an secundärer Seelenstörung, an paralytischer 13 resp. 1. Es starben 6 % der verpflegten Kranken; 9 an Lungenentzündung, an der 32 erkrankt waren.

Es war hier die Alkoholbehandlung von sehr günstigem Erfolg: neben 3—5 Glas starken Weins 120—150 Gramm 70 % Spiritus. Neben treffenden Bemerkungen und Beobachtungen über die forensische Beurtheilung von Geisteskranken sei hier besonders noch aus dem Bericht hervorgehoben, dass „seit der Eröffnung der Anstalt kein Geisteskranker beobachtet ist, bei dessen Behandlung die Anwendung von Zwangsmitteln nicht ebenso überflüssig, wie schädlich gewesen wäre." Trotzdem ist die Zahl der Isolirungen nur gering. Bei der Errichtung der Anstalt waren Zellen nur für 225 Kranke vorgesehen, bei dem jetzigen Bestande von 360—370 Kranken sind die Isolirräume grösstentheils überflüssig geworden.

Auch die sogenannten „Zwangsjacken um die Crura cerebri" werden nur selten gebraucht. Es sind für 1880 verbraucht worden: Opium in Substanz 28, in wässrigem Extract 2·7, Morphium 1·8, Hyoscyamin 0·06 Gramm; Chloral 0. Die Glaserrechnung betrug Alles in Allem für das Jahr 50 Mark.

Bemerkt mag noch werden, dass im vergangenen Jahre wieder ein Fall — früher drei — von Chorea magna bei einem 13jährigen Knaben bei dem Gebrauch von warmen Bädern mit kalten Uebergiessungen und dauernder Bettlage geheilt wurde. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Siebente Versammlung der südwestdeutschen Neurologen und Irrenärzte in Baden-Baden am 10. u. 11. Juni 1882.

Die Versammlung wurde am 10. Juni Nachmittags 2 Uhr eröffnet.

In der ersten Sitzung wurden unter dem Vorsitz des Alterspräsidenten Geh. Rath: Rinecker, Würzburg, folgende Vorträge gehalten.

1) Geh. Rath Kussmaul, Strassburg: „Ueber die Regulirung der Lautsprache durch den Tastsinn." Der Vortragende beobachtete in der Lausanner Blindenanstalt einen von früher Jugend auf Taubblinden Namens Eduard Meester, bei welchem durch Unterricht eine ziemlich vollständige Lautsprache erzielt worden war. Der Fall erinnert an den bekannten der taubblinden Laura Bridgeman, welche indess nur einzelne Laute hervorbringen konnte. Entgegen seiner früheren Ansicht

Digitized by Google

muss der Vortragende nach seiner neuen Beobachtung zugestehen, dass bei Taubblindheit von früher Kindheit an eine nahezu vollständige Lautsprache durch entsprechenden Unterricht gewonnen werden kann.

2) Prof. Waldeyer, Strassburg: „Ueber Muskelnervenendigungen." Die Untersuchungen des Vortragenden ergaben, dass Mischformen zwischen Endplatten und Endbüschel (Frosch) vorkommen, dass diese immer unter dem Sarcolemm gelegen sind, dass in den Platten und Büscheln die Nervenfasern unter sich anastomosiren und manchmal Fasern abzweigen, die an eine danebenliegende Muskelfaser treten, um dort eine weitere Endplatte zu bilden. Ferner sollen marklose Nervenfasern mit eigenartigen doldenförmigen Endorganen an jeder Muskelfaser mehrfach vorkommen, die manchmal mit den gewöhnlichen Endplatten in Verbindung treten und möglicherweise sensible, den Muskelsinn vermittelnde Apparate darstellen.

3) Dr. Stilling, Strassburg, demonstrirte Zerfaserungspräparate betreffend Bau, Faserverlauf und Verbindung der Vierhügel mit den benachbarten Theilen des Gross- und Kleinhirns.

4) Prof. Fürstner, Heidelberg: „Zur epileptischen Geistesstörung." Der Vortragende berichtet über zwei Fälle von epileptischer Geistesstörung, von denen der erste dadurch ausgezeichnet war, dass nach dem Anfall dauernd eine complete Erinnerung für die kleinsten Details der in die Geistesstörung fallenden Ereignisse und Handlungen vorhanden war; später traten Petit-mal-Anfälle mit nachfolgenden Traumzuständen auf, für die völlige Amnesie bestand. — Bei dem zweiten Falle wurden während eines solchen epileptoiden Traumzustandes grössere Spaziergänge gemacht und complicirte Handlungen besonders obscöner Natur vorgenommen mit nachfolgendem Erinnerungsdefect. Der Vortragende spricht sich im Weiteren dahin aus, dass von „Bewusstlosigkeit" bei den meisten epileptoiden Zuständen überhaupt nicht die Rede sein könne, vielmehr nur die Intensität des Bewusstseins herabgesetzt und aus diesem Grunde später Reproduction von Sinneswahrnehmungen und Vorstellungen unmöglich sei.

5) Prof. Moos, Heidelberg: Ueber „Schwindel und Erbrechen als Vorläufer einer Halbcirkelgangnekrose." Zu der noch streitigen Frage, ob Affectionen der Halbcirkelgänge ohne gleichzeitige Beeinträchtigung des Kleinhirns Gleichgewichtsstörungen bedingen können, liefert der Vortragende als Beitrag einen interessanten Fall von Ausstossung eines Halbcirkelganges, welche bei einem seit vielen Jahren an Mittelohreiterung leidenden jungen Mann unter starkem Schwindel, Erbrechen, Apathie eintrat. Der Vortragende sieht zwar das Kleinhirn als Centralorgan des Gleichgewichtes an, statuirt aber einen gewissen Zusammenhang zwischen ihm und dem Vestibularapparat, sodass bei Affectionen des letzteren Gleichgewichtsstörungen eintreten könnten.

6) Prof. Schultze, Heidelberg: „Ueber secundäre Degeneration." Der Vortragende berichtet zunächst über drei Fälle von aufsteigender Degeneration der Hinterstränge; dieselbe verhielt sich in einem Falle von traumatischer Quetschung der Cauda equina in der von Lange (Kopenhagen) geschilderten Form; in einem zweiten Falle, wo nur die Ischiadicusfasern getroffen waren, nahm die bis in die Medulla oblongata reichende Degeneration in den Goll'schen Strängen nur die hintersten Abschnitte ein; in einem dritten Falle von completem Schwund des unteren Halsmarkes zeigte sich nach aufwärts ein breiterer Theil der Hinterstränge degenerirt, als die Goll'schen Stränge darstellen. Analog den Pyramidenbahnen stellt also die innere Parthie der Hinterstränge im ganzen Rückenmark ein System von langen Bahnen vor, dessen Querschnitt je nach dem Eintritt neuer Fasern wechselnd ist. In den Hinterstranggrundbündeln findet sich auch eine absteigende Degeneration bis zu 6 Centimeter nach abwärts von der primären Läsionsstelle, vielleicht den aus den hinteren Wurzeln nach abwärts umbiegenden Fasern entsprechend. Die aufsteigende Degeneration der Seitenstränge betrifft nicht allein die Kleinhirnseiten-

Digitized by Google

strangbahn, sondern auch einen vor ihr peripher in den Seitensträngen gelegenen Bezirk. Auch nach abwärts degeneriren in den Seitensträngen ausser den Pyramidenbahnen noch zerstreute Fasern.

Um $5^1/_2$ Uhr wurde die erste Sitzung geschlossen und fand darauf ein gemeinschaftliches Diner im Conversationshause statt.

Zweite Sitzung am 11. Juni Vormittags 9 Uhr.

7) Prof. Jolly, Strassburg: „Ueber Unregelmässigkeiten des Zuckungsgesetzes am lebenden Menschen." Bei 14 gesunden Individuen fand der Vortragende erhebliche Abweichungen von der gewöhnlichen Zuckungsformel, besonders bei directer Muskelreizung. Am Deltoideus zeigte sich bei Reizung vom Nerven aus in vier Fällen die Zuckungsformel verändert, bei directer Reizung des Muskels in sieben Fällen; ähnliches Verhalten bestand bei den andern Muskeln, am unteren Ende des Biceps fand sich nicht einmal die bisher als normal angesehene Formel. Besonders oft zeigte sich die A.S-Zuckung stark und stärker als K.S-Zuckung. Dieses Vorwiegen der A.S.Z führt der Vortragende darauf zurück, dass bei Durchströmung der Nerven und Muskeln von der Anode aus virtuelle Kathoden an denselben entständen, welche die Reizung bedingten. Abweichungen von der normalen Zuckungsformel dürfen daher nicht mehr als unbedingt pathologisch angesehen werden.

8) Prof. Berlin, Stuttgart: „Zur Physiologie der Handschrift." Der Vortragende hat über 500 Schulkinder betreffs ihrer Kopf- und Körperhaltung, Lage des Heftes u. s. w. beim Schreiben untersucht und ist zu dem Resultate gelangt, dass die neuerdings aufgestellte Behauptung, unsere rechtsschiefe Handschrift sei die Ursache für Scoliose und Myopie in der Schule, unrichtig ist. Die Verfechter jener Ansicht sind von der Annahme ausgegangen, dass ein Parallelismus zwischen Zeile und Grundstrich bestehe, was nicht der Fall ist, denn letzterer steht immer senkrecht auf der sog. Grundlinie (Augenlinie). Diese bilde mit der Richtungslinie des Heftes in den meisten Fällen einen Winkel zwischen 85^0 und 95^0.

9) Geh. Rath Rinecker, Würzburg: „Ueber syphilitische Rückenmarksaffectionen." Der Vortragende will bei der Betrachtung der ätiologischen Beziehungen zwischen Syphilis und Tabes der Statistik und Symptomatologie keinen Werth beilegen, sondern vorzugsweise der pathologischen Anatomie. Dass die Tabes anatomisch eine Systemerkrankung darstelle, spreche gegen ihren Zusammenhang mit Syphilis, da letztere sich in ihrer anatomischen Verbreitung an Bindegewebe und Gefässe halte und es unbegreiflich sei, warum sie dann am Rückenmark nur die Hinterstränge befalle. Da sie jedenfalls parasitärer Natur sei, könne ein Vergleich mit gewissen Giften wie Secale, Blei, welche gewisse nervöse Bahnen, wie es scheint, systematisch ergre.fen, nicht herbeigezogen werden. Möglicherweise spiele eine hereditäre Disposition zur Tabes eine Rolle, zu der die Syphilis als schädigendes Moment hinzutrete.

10) Prof. Bäumler, Freiburg, demonstrirte die Abbildungen eines neuen Falles von Lähmung des M. serratus ant. major, in welchem bei ruhig herabhängendem Arm dieselbe Deviation der Scapula besteht, welche der Vortragende früher schon als charakteristisch für diese Lähmung beschrieben hatte. Die Scapula steht sicher näher der Wirbelsäule, der untere Winkel ist etwas abgehoben, der M. rhomboideus tritt stärker hervor. Der Cucullaris functionirte normal.

11) Prof. Manz, Freiburg: „Ueber endotheliale Entartung des Opticus." Der Vortragende fand in einem Falle von ziemlich schnell sich entwickelnder doppelseitiger Amaurose anatomisch eine starke endotheliale Zellenwucherung zwischen den atrophischen Fasern des Opticus ohne Zeichen stattgehabter Entzündung. An der Gehirnbasis ein trübes, sulziges Exsudat, welches aus den gleichen Endothelwucherungen bestand.

12) Dr. Witkowski, Strassburg: „Zur Histologie der Hirnrinde." Der Vortragende bespricht seine Untersuchungen über die Einwirkung von Pepsinlösungen

Digitized by Google

auf das in den Ganglienzellen enthaltene Nuclein, wobei er fand, dass dasselbe bei gewissen Zellen vorzugsweise im Kern, bei anderen vorzugsweise im Zellenleib nachzuweisen war. Daraus könne vielleicht auf das Alter der betreffenden Zellen geschlossen werden, indem bei jungen Zellen das Nuclein vorzugsweise in dem Kerne, bei älteren im Protoplasma gefunden werde; vielleicht liege hierin der Ausdruck des Verbrauches desselben während der Thätigkeit der Ganglienzelle.

Um $12^1/_2$ Uhr Mittags wurde die Versammlung geschlossen, nachdem zum nächstjährigen Versammlungsort wieder Baden-Baden und zu Geschäftsführern die Herren Prof. Jolly, Strassburg und Dr. Fischer, Pforzheim, gewählt worden waren.

G.

Berliner Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (Sitzung vom 12. Juni 1882.)

Herr Binswanger spricht über Simulation von Geisteskrankheit. Das Material zu seinen Beobachtungen lieferten ihm die Verbrecher, welche als geisteskrank der Charité zur Beobachtung überwiesen wurden. Ihre Zahl betrug 1880 31 und 1881 42, von denen 5 resp. 16 als Simulanten dem Gefängniss wieder zugeführt wurden. Diese Simulanten lassen sich nach B. in 3 Gruppen unterbringen, nämlich a) zeigen sie sich als stuporöse, vollständig verwirrte Kranke, die von nichts wissen; b) stellen sie ängstlich hallucinirende Kranke dar, die zugleich einen Eindruck geistiger Stumpfheit machen; und c) simuliren sie Wuthanfälle. — Beispiele dieser drei Kategorien theilte Herr B. in eingehender Schilderung mit.

(Ein ausführliches Referat bringen wir nach Abschluss der Diskussion, die in der nächsten Sitzung stattfinden soll.) Hadlich.

Physiologische Gesellschaft zu Berlin. (Sitz. v. 14. April u. 5. Mai 1882.)

Herr Adamkiewicz (als Gast) berichtete über einen Tumor (Sarcom) in der Halsanschwellung des Rückenmarks eines 16jährigen Knaben. Die weisse und graue Substanz war sehr zusammengedrückt und verdrängt, die Ganglienzellen der Vorderhörner waren ungemein geschrumpft, zeigten die Form und Grösse glatter Muskelzellen, und bei alledem war nicht die geringste Functionsstörung im Leben nachzuweisen gewesen.

„Ueber die Verbreitung der Gefässnervencentren" stellte Herr J. Sander unter Mithülfe von Herrn H. Kronecker Versuche an und fand, dass die maximale Blutdrucksteigerung (allgemeine Gefässcontraction) bald auf Reizung des Centrums der Med. oblong. allein oder des Rückenmarks allein, bald nur auf gleichzeitige Reizung beider Centren erfolgte. — Das der Zeit nach ungleiche, oft schubweise Eintreten der Gefässcontraction scheint seinen Grund in der ungleichen Reaction der peripheren Gefässnervengebiete zu haben. — Strychnin steigert die Erregbarkeit auch für das Gefässgebiet. Hadlich.

IV. Personalien.

Der Mitarbeiter dieser Zeitschrift, Herr Dr. Binswanger, Privatdocent an der Universität Berlin, ist zum Director der psychiatrischen Klinik in Jena ernannt worden. Seine Ernennung zum ausserordentlichen Professor ist in kürzester Frist zu erwarten.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. Juli. No. 14.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Latenzdauer des Fussphänomens von **Eulenburg.** 2. Ueber die Anordnung der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde und über ihr Verhalten bei der Dementia paralytica von **Tuczek.**

II. **Referate.** Anatomie. 1. Recherches sur les centres nerveux amyéliniques. Von **Renaut.** — Pathologische Anatomie. 2. A case of subcute diffused cortical cerebretis by **Wood.** 3. Ein Osteom des Corpus striatum bei Hemiplegia infantilis von **Bidder.** 4. Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. Von **Strümpell.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Ueber die Pathologie der Epilepsie von **Albertoni.** — 6. Rougeole compliquée de diabète sucré. Accidents cérébraux. Mort. par **Urné.** 7. Contribution à l'étude de Tic de Salaam par **Tordeus.** 8. Tetanus nach Impfung mit Kuhpocken. 9. A further contribution on the course of the optic nerve fibres in the brain von **Dreschfeld.** 10. On the condition of the knee-jenk, ankle-clonus and plantar reflex after epileptic fits in seventy cases; and on postepileptic conjugate deviation of the eyes by **Beevor.** 11. Éclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée von **D'Espine.** 12. Ueber Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nervenstämme von **Schultze.** 13. Encefalopatia saturnina a forma mista con elevazione termica del **Maragliano.** 14. Studi clinici sull' atetosi del **Grocco.** 15. Contributo alla patogenesi ed alla cura del male perforante del piede del **Gualco.** 16. Zur Diagnostik der Arteriitis obliterans durch den Augenspiegel von **Fürstner.** 17. Zur Casuistik der Erkrankungen des Centralnervensystems von **Claus.** — Psychiatrie. 18. Progressive paresis of the Insane by **Spitzka.** 19. Fälle von Verrücktheit von **Moell.** 20. Deliri sistemazzitati primitivi del **Buccola.** 21. Note sur un cas d'hydrocéphalie chronique par **Christian.** 22. Note sur la pathogénie des hallucinations par **Parant.** 23. De la démence paralytique dans les rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune par **Cullerre.** 24. Moral Insanity. A Plea for its retention in medical nomenclature by **Hughes.** 25. Suicide. 26. What shall we do with the inebriate? by **Crothers.** 27. Some hints relative to the prevention of nervous diseases by **Curwen.** 28. Ueber Kropf, Cretinismus und Idiotismus, mit bes. Berücksichtigung der pfälz. Rheinebene von **Hermann.** 29. Caractère, moeurs, état mental des hystériques par **Huchard.** — Therapie. 30. Ueber Hyoscyamin von **Kretz.** 31. The use of Atropine as a sedative by **Gasquet.** 32. Escrine sulphate in Tetanus von **Layton.** 33. Sodium nitrite in the treatment of epilepsy by **Law.** —

III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Bibliographie.** — V. **Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

1. Latenzdauer des Fussphänomens (Achillessehnenreflexes).

Von Prof. **A. Eulenburg.**

Wie ich in früheren Arbeiten nachgewiesen habe, beträgt die Latenzdauer des Kniephänomens bei gesunden Erwachsenen (Männern) in der Regel nicht mehr als $^2/_{62}$ Secunde ($= 0{\cdot}03226$).

Den von einzelnen Seiten hinsichtlich der Sicherheit dieses Resultates geäusserten Bedenken gegenüber gereicht es mir zur Befriedigung, dasselbe neuer-

Digitized by Google

dings durch die ganz unabhängig von den meinigen und anscheinend ohne Kenntniss derselben vorgenommenen Versuche DE WATTEVILLE's[1] auf's Genaueste bestätigt zu sehen. Nach diesen nämlich beträgt die Latenz des „sogenannten Sehnenreflexes" (d. h. des Kniephänomens) „ungefähr 0·03 einer Sekunde".

Ich habe nun auch nach der gleichen (in der d. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. IV, H. 1 und 2 beschriebenen) Methode die **Latenzdauer des Fussphänomens (Achillessehnenreflexes)** neuerdings gemessen, und dabei gefunden, dass diese constant grösser ist, als die des Kniephänomens, und zwar durchschnittlich um die Dauer einer Stimmgabelschwingung (62 Schwingungen in der Minute), also um $^1/_{62}$ Secunde = 0·01613. Sie beträgt demnach in der Regel bis zu $^3/_{63}$ Secunde = 0·04839.

Die beiden Doppelcurven Fig. 1 und 2 veranschaulichen die Latenzdauer, sowie den graphischen Verlauf des Fussphänomens in einem Falle von ziemlich starker Entwickelung desselben, bei einem 23jährigen Manne. Die jedesmalige obere Curve stellt die Zeitcurve, die untere die Contractionscurve dar; die Zeitdifferenz beträgt drei Schwingungen (in Fig. 1:43, resp. 46; in Fig. 2:34, resp. 37). Contractionsbeginn in den unteren Curven bei +; der voraufgehende

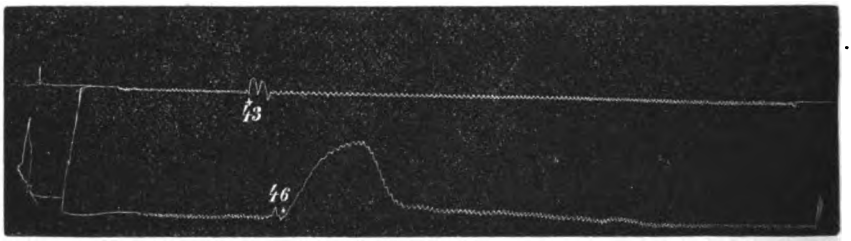


Fig. 1.

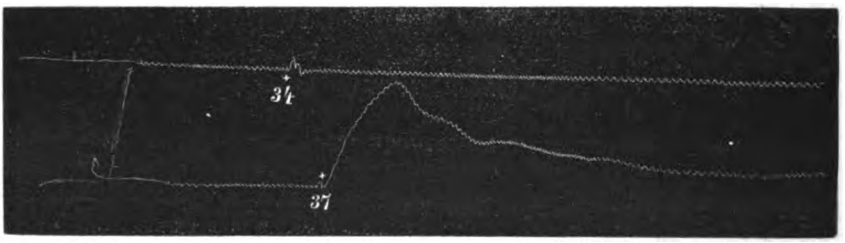


Fig. 2.

Vorschlag rührt von der durch die Percussion der Sehne hervorgerufenen Erschütterung her und entspricht der Dauer des Latenzstadiums. — Die Latenzdauer des Kniephänomens betrug auch hier, wie gewöhnlich, constant nur $1^1/_2$—2 Schwingungen.

Es liegt auf der Hand, dass die vorbezeichneten Resultate, die Verschiedenheiten in der Latenzdauer zwischen Knie- und Fussphänomen, auch für die theoretische Auffassung der Sehnenphänomene von Wichtigkeit werden können.

[1] On reflexes and pseudo-reflexes. British med. Journal 20. Mai 1882.

Digitized by Google

Am nächsten liegt es wohl, dieselben im Sinne der Reflextheorie zu verwerthen. Ich habe mit gütiger Hülfe des Herrn Dr. A. Budge die Länge der vom Reiz zu durchlaufenden centripetalen und centrifugalen Strecke in Bezug auf das Fussphänomen ebenso gemessen wie früher für das Kniephänomen (l. c. p. 5), am Spiritus-Nervenpräparat einer erwachsenen männlichen Leiche. Danach beträgt die Länge der centripetalen Strecke 101 cm (von Tuberositas calcanei bis zur Austrittsstelle des letzten Lumbalnerven 98 cm; Verlauf innerhalb des Wirbelcanals 3 cm); die mittlere Länge der centrifugalen Strecke beträgt 69·5 cm (innerhalb des Wirbelcanals 3 cm; von der Austrittsstelle bis zum Eintritt des Tibialis-Astes in den äusseren Bauch des Gastrocnemius 64, in den inneren Bauch desselben Muskels 68, in den Soleus 69 cm — mittlere Distanz 66·5 cm). Setzen wir die Geschwindigkeit der Leitung = 33·9 m in der Secunde (Helmholtz und Baxt) — was freilich für die centripetale Leitung sehr anfechtbar ist! — so ergiebt sich für 101 + 69·5 = 170·5 cm eine äquivalente Zeitdauer von 0·0503 Secunde; dies wäre also schon etwas mehr als in der Regel nach meinen Versuchen die Latenzdauer des Fussphänomens beträgt (= 0·04839), wobei überdies der Hemmung in den centralen Reflexapparaten noch gar nicht Rechnung getragen wäre. Allerdings würde sich das Resultat günstiger stellen, wenn wir einen der anderen für die Schnelligkeit der sensibeln Nervenleitung gefundenen Werthe (z. B. den Burckhardt'schen Durchschnittswerth von 46·8 m) in die Berechnung einführten. Bei dieser Unsicherheit der physiologischen Prämissen unterlasse ich es, bestimmte Folgerungen nach dieser Richtung aus meinen Versuchsergebnissen abzuleiten, — möchte aber darauf hindeuten, dass die grössere Latenzdauer des Fussphänomens auch ohne Zuhülfenahme der Reflextheorie durch Annahme grösserer peripherischer Widerstände der Reizübertragung wohl erklärt werden könnte. Das so viel häufigere Fehlen des Fussphänomens bei gesunden Individuen (nach meinen Versuchen in fast 80% der Fälle) beweist ohnehin, dass die Entstehungsbedingungen dieses Phänomens weitaus ungünstiger liegen, als die des Kniephänomens.

2. Ueber die Anordnung der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde und über ihr Verhalten bei der Dementia paralytica.

Vorläufige Mittheilung von Dr. **Franz Tuczek.**

(Aus der psychiatrischen Klinik zu Marburg i. H.)

Die Kenntniss von der Masse und dem Verlauf der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde, besonders in ihrem äusseren Abschnitt, wo sie sogar vielfach geleugnet wurden, war bis in die neueste Zeit eine sehr unvollkommene. An Carminpräparaten, welche die gewöhnliche Harzbehandlung durchgemacht hatten, war selbst von den Nervenfasern, die am Kalipräparat deutlich

Digitized by Google

gewesen waren, nichts mehr zu sehen, und an Osmiumpräparaten waren in dem Gewirr von Elementen der Grundsubstanz die einzelnen Nervenfasern nur schwer und nie auf grössere Strecken zu verfolgen, wenn auch die tiefere Schwärzung der Baillarger'schen und Vicq d'Azyr'schen Streifen die Vermuthung nahe legten, dass hier eine stärkere Anhäufung markhaltiger Nervenfasern vorläge.

Das Dunkel wurde mit einem Schlage gelichtet, als Exner[1] in dem Ammoniak ein Mittel fand, um am Osmiumpräparat dieses „Neurokeratin" in eine homogene schleimige Substanz umzuwandeln und jede einzelne markhaltige Nervenfaser, auch des feinsten Calibers, mit wunderbarer Klarheit zur Erscheinung zu bringen. Ich habe in Nr. 4 d. Bl. mich bemüht, die Aufmerksamkeit auf Exner's Methode zu lenken, möchte sie aber im Interesse der Sache mit ganz geringfügigen Veränderungen, die ich bei der Ausübung practisch fand, hier noch einmal kurz angeben.

Sehr wesentlich ist es, die Rindenstücke möglichst frisch zu untersuchen: die besten Bilder erhielt ich an einem Präparat, das dem Gehirn zwei Stunden nach dem Tode entnommen war; doch zeigten auch dann schon die Nervenfasern feinen Calibers Varicositäten. Man schneidet aus der zu untersuchenden Windung ein Stück von etwa $^1/_2$ Cm Dicke heraus; die beiden andern Durchmesser mögen $^1/_2$—1 Cm betragen. Die Pia lässt man daran, wenn sie sich nicht ganz leicht löst; alsdann wirft man das Stück in etwa 10 Ccm einer einprocentigen Lösung von Osmiumsäure in destillirtem Wasser, die nach zwei Tagen zu wechseln ist. Während dieser Zeit verändert man öfters die Lage des Stücks, da sonst die Fläche, auf der dasselbe aufliegt, eine blassere Färbung annimmt, die, freilich nur bei oberflächlicher Betrachtung, zu Irrungen Anlass geben könnte. Nach fünf bis sechs Tagen ist das Stück gut durchgefärbt und am schnittfähigsten. Mir ist es passirt, dass nach acht bis neun Tagen das Präparat vollkommen hart, zerreiblich und unbrauchbar geworden war. Jetzt wird das Stück in destillirtem Wasser abgespült, oberflächlich getrocknet und mit Siegellack auf Kork geklebt. Bei dieser Manipulation ist es für die Integrität der obersten Schichte nothwendig, jede Berührung derselben zu vermeiden. Geschnitten wird auf dem Schlittenmikrotom[2] mit alcoholbefeuchtetem Messer. Die Schnitte müssen sehr dünn sein, rollen sich dann gewöhnlich zusammen, können aber, am besten noch auf der Messerschneide, entrollt, auf ein Schäufelchen übertragen und in Glycerin gelegt werden. Von hier kommen sie, nach Entfernung des überschüssigen Glycerins, auf den Objectträger. Dann wird ein Tropfen starken Ammoniaks zugesetzt, der schon makroskopisch das Aussehen des Schnitts sehr schnell verändert; derselbe wird durchsichtig, fältelt sich und nimmt an Volumen zu. Nun wird, nach Einschaltung eines Diaphragmas aus Blumenpapier zum Schutz des Präparates, das Deckglas rasch aufgelegt und der Schnitt sofort betrachtet. Er nimmt leider sehr schnell an Schönheit ab, besonders die äusseren Rindenschichten zerfliessen und entfärben sich schon nach wenigen Stunden. Dauerpräparate zu erhalten, ist mir bisher nicht gelungen. Die Gefässe bleiben völlig, die Ganglienzellen nur soweit erhalten, dass man sich über ihre Zahl und Anordnung orientiren kann. Leider ist eine gleichzeitige Untersuchung der Nervenfasern nach dieser und der zelligen Elemente nach den bisher geübten Methoden nicht möglich.

---

[1] S. Exner, Zur Kenntniss vom feineren Bau der Grosshirnrinde. (Sitzungsbericht der Wiener Akad. d. W. LXXXIII, III. Abth. Februar 1881.)

[2] Vorzüglich ist das von Thoma angegebene, das vom Mechaniker Jung in Heidelberg angefertigt wird.

Digitized by Google

Exner untersuchte nur die Centralwindungen; ich habe seinen Angaben nichts hinzuzufügen. Der Reichthum aller Schichten der Rinde an markhaltigen Nervenfasern ist ein geradezu überraschender. Die äusserste Schicht, die etwa $^1/_8$ der ganzen Breite der Rinde einnimmt (erste Schicht, Schichte der zerstreuten kleinen Rindenkörper Meynert's, zellenarme Schichte, Neurogliaschicht, Stratum moleculare der Autoren) ist durchzogen von massenhaften markhaltigen Nervenfasern des feinsten bis stärksten Calibers, die ganz vorwiegend tangential verlaufen und in diesem Verlauf parallel der Oberfläche oft durch mehrere Gesichtsfelder (bei circa 300facher Linearvergrösserung) zu verfolgen sind; andere sind (bei Schnitten vertical auf die Oberfläche) auf Quer- oder Schrägschnitten getroffen. Zuweilen sieht man Fasern aus der Tiefe heraufkommen und in dieser Schicht in die tangentiale Richtung umbiegen. Diese Fasern finden sich auch noch dicht an der Oberfläche der Rinde und selbst noch in der übrigens äusserst geringfügigen Verdichtungsschicht der Neuroglia, welche den freien Rand bildet. Hier waren sie schon länger durch Kölliker, Meynert, Remak u. A. als Markbelag bekannt. Theilungen dieser Nervenfasern konnte ich ebensowenig wie Exner finden.

Man kann diese markhaltigen corticalen Fibrae arcuatae, nach Analogie der in der Markleiste verlaufenden, nicht anders denn als Associationsfasern zwischen kürzeren Zellstationen der Hirnrinde auffassen, und als solche Associationsbahnen mit isolirter Leitung erfüllen sie ein längst aufgestelltes physiologisches Postulat.

Die zweite Schicht, die der dichten kleinen pyramidalen Rindenkörper, ist von zahlreichen, meist feinen, markhaltigen Nervenfasern aller Richtungen durchzogen; doch herrscht auch hier noch entschieden der tangentiale Verlauf vor.

In der Schicht der grossen Pyramidenzellen treten dickere Fasern auf; sie fangen an, dem Mark zuzustreben und sich zu immer breiteren Bündeln zu gruppiren. Dazwischen mischen sich aber auch noch solche tangentialer Richtung; wo sie zu mehreren bei einander liegen, ist schon makroskopisch ein dunkler Streifen erkennbar. Höchst wahrscheinlich sind die Baillarger'schen Streifen immer in dieser Weise zu erklären.

Ich habe ausser den Centralwindungen auch Theile des Stirnhirns, der Insel, des Lob. paracentralis und des Hinterhauptlappens untersucht und im Wesentlichen dieselbe Anordnung und die gleiche Fülle markhaltiger Fasern in der Rinde gefunden. Im Stirnhirn und in der Insel fand ich die Associationsfasern der äussersten Schicht sehr fein und zahlreich; im Paracentralläppchen fanden sich wie in den Centralwindungen dazwischen Fasern recht ansehnlicher Dicke. Im Occipitallappen ist der Reichthum dieser Schicht an markhaltigen Nervenfasern aller Caliber, die der Oberfläche parallel verlaufen, so bedeutend, dass die Grundsubstanz dagegen in der That ganz zurücktritt. Bezüglich des Vicq d'Azyr'schen Streifens konnte auch ich mich ohne Weiteres überzeugen, dass er der Ausdruck ist einer Durchflechtung meist dicker markhaltiger Nervenfasern, die in allen Richtungen, vorwiegend aber tangentiell verlaufen.

Digitized by Google

Dieser Reichthum des Rindenfelds für das Sehorgan an Associationsfasern ist gewiss nicht bedeutungslos. In dem Sehcentrum kann — dies ist die Anschauung, wie sie in der hiesigen psychiatrischen Klinik vorgetragen wird — nur eine einfache elementare, zweidimensionale Gesichtsvorstellung gebildet werden; die dritte Dimension, die Tiefe, die Schattirung, das perspectivische Sehen, all' das sind complicirtere Vorstellungen, die nur durch Association mit den Bewegungsvorstellungen der Augenmuskeln und mit den unzähligen Gefühlsvorstellungen entstehen können, durch welche wir körperlich sehen lernten. Durch Uebung können diese Bahnen ausserordentlich fein ausgeschliffen werden, aber begangen werden sie bei jeder complicirten Gesichtsvorstellung. Aus demselben Grunde können wirkliche Gesichtstäuschungen, die übrigens nach den in der hiesigen Klinik gemachten Erfahrungen ausserordentlich selten sind, nur elementarer Natur sein; sie können nur zwei Dimensionen haben und müssen durchsichtig sein; sie sind, wie eine an wirklichen Gesichtstäuschungen leidende Frau uns treffend sagte, wie Glasmalerei. — Man muss nur wirkliche Gesichtstäuschungen streng auseinanderhalten von Verification von Träumereien, Interpretation von Stimmungsanomalien, maniacalischer Personen- und Sachverwechslung und lebhaftem Auftauchen von Vorstellungen. Werden durch Umschneidung des engeren Sehfeldes die Associationsbahnen durchtrennt und dadurch die elementaren Gesichtsvorstellungen von ihren Verbindungen isolirt, so wird der Sehact auf die Anfangsstufe, das zweidimensionale Sehen, zurückgeworfen, die Gegenstände werden nicht mehr körperlich gesehen, nicht mehr verstanden; — so suchen wir uns die Munk'sche Seelenblindheit zu erklären.

(Schluss folgt.)

II. Referate.

Anatomie.

1) **Recherches sur les centres nerveux amyéliniques.** I. La neuroglie et l'épendyme, par J. Renaut, Lyon. (Arch. de Physiol. 1882. Nr. 4.)

Die eingehenden Untersuchungen des Verf. über das Rückenmark von Petromyzon heben zunächst die Analogie hervor, welche zwischen dem myelinlosen Nervensystem dieser Thiere und dem fötalen Zustande desjenigen der höheren Wirbelthiere besteht, bevor letzteres von Blutgefässen durchsetzt wird. Bei dem Rückenmark von Petromyzon ist der blutlose Zustand der definitive, der des functionirenden Organs; denn Verf. konnte — wie schon früher Reissner und P. Langerhans — im Rückenmark von Petromyzon kein Blutgefäss entdecken, während das Gehirn vaskularisirt ist.

Das Neurogliagewebe des Rückenmarks von Petromyzon geht nach Renaut von den cylindrischen resp. pyramidalen Epithelzellen des Centralcanals aus. Das spitze Ende derselben läuft nämlich in eine fadenförmige Verlängerung, Hannover's Radialfaser, aus, in welcher von Strecke zu Strecke Kerne auftreten, und welche an der Peripherie des Rückenmarks, an der Basalmembran, endigt. Die Radialfasern theilen sich, verbinden sich unter einander, schicken Seitenäste aus und bilden das Netz des Neurogliagewebes, welches andererseits noch durch verästelte Fasern, die von den Kernen der Radialfasern ausgehen, vervollständigt wird. — In der weissen Substanz ist das Netz weiter (grand réseau), in der grauen Substanz engmaschiger (petit réseau).

Digitized by Google

Während die Radialfasern anfangs directe protoplasmatische Fortsetzungen der Epithelzellen sind, erklärt R. sie weiterhin, ebenso wie die verästelten von den Kernen ausgehenden Fasern, für „exoplastische" Producte (differenzirtes Protoplasma der Oberfläche).

Das Neuroglia-Netz ist mächtiger im vorderen (ventralen) Abschnitt des Rückenmarks, als im hinteren (dorsalen); in diesem ist die Medianlinie, die Schlusslinie des embryonalen Medullarcanals, dadurch ausgezeichnet, dass ziemlich einfache Radialfasern sich vom Centralcanal bis zur Oberfläche erstrecken. — In den Maschen des Neurogliagewebes findet sich eine klare halbflüssige Substanz, nach ihren Reactionen analog der Kittsubstanz des Epithels. — Wanderzellen hat R. niemals gesehen.

Die Neuroglia ist also nach R. durchaus epithelialer Natur; sie hat sich nur, als Stütz- und Säftesubstanz functionirend, morphologisch dem Bindegewebe ähnlich gestaltet. Wahres Bindegewebe kommt erst da zur Neuroglia hinzu, wo Gefässe auftreten.

Die Ganglienzellen des Rückenmarks sind bipolar und eingeschaltet in dicke marklose Fasern, welche auf der Grenze der grauen und weissen Substanz verlaufen. Ausserdem finden sich in dem den Hinterhörnern entsprechenden Theil der grauen Substanz multipolare Ganglienzellen, deren Endausläufer sich in den Maschen der Neuroglia verlieren.

Am Boden des 4. Ventrikels unterscheidet R. folgende Schichten: 1) Cilientragende Cuticula; 2) Lage der Epithelzellen mit den Radialfasern; 3) transversales Neurogliagewebe; 4) bogenförmiges Neuroglianetz mit Kernen; 5) Körnerschicht. In letzterer unterscheidet er wieder a) grössere freie Kerne, b) Myelocyten (Robin), c) intermediäre Zellen mit reichlichem Protoplasma, d) verästelte Ganglienzellen mit Axencylinderfortsatz: a, b und c als Vorstufen von d anzusehen.

Ausserdem kommen hier einzelne sehr grosse unipolare Ganglienzellen vor, welche, in das Lumen des 4. Ventrikels hineinragend, zwischen den Epithelzellen liegen; R. nennt sie „juxta- oder infraependymäre" Zellen, im Gegensatz zu den „subependymären."

Aller Wahrscheinlichkeit nach bestehe kein directer Zusammenhang zwischen den Ausläufern der Epithelzellen (Radialfasern) und den verästelten Ganglienzellenfortsätzen.

Hadlich.

Pathologische Anatomie.

2) **A case of subacute diffused cortical cerebretis** by H. C. Wood. (Journ. of nerv. and mental disease. 1882. Jan. p. 126.)

Hyperämie und zahlreiche mikroskopische Blutaustritte in der grauen Substanz bei einem Manne, der nach hypochondrischen (nicht hysterischen) Erscheinungen in hochgradige Angstzustände mit heftiger motorischer Unruhe und tiefer Bewusstseinsstörung — Delirium acutumartig — verfiel und am 12. Tage starb. Mit Rücksicht auf den Befund ist zu bemerken, dass Pat. zuletzt ein traumatisches Erysipel. capit. acquirirt hatte.

Moeli.

---

3) **Ein Osteom des Corpus striatum bei Hemiplegia infantilis** von Dr. A. Bidder. (Virch. Arch. LXXXVIII, 1. S. 91—98 u. Taf. II, Fig. 1—2).

Bei der Section eines 59jährigen Mannes, der seit der Kindheit an Contractur des rechten Armes und Beines gelitten hatte, fand sich im linken Corp. striatum (genaue Topographie fehlt, Ref.) ein 4 cm langes, bis 3 cm breites, 1—2 cm dickes höckeriges, mit einem Bindegewebsüberzug versehenes Concrement, das sich bei mikroskopischer Untersuchung als ächtes Osteom erwies, dessen Bau als den Virchow'schen

Digitized by Google

Befunden ähnlich beschrieben wird. Die Musculatur der rechten Extremitäten war atrophisch, das Skelett derselben gegen das der andern Seite in allen Dimensionen verkürzt; die knöchernen Gelenkenden waren da, wo sie wegen der Contractur nicht in Contact gestanden hatten, statt mit Knorpel nur mit Bindegewebe bedeckt.

Aehnliche nutritive Störungen beobachtete Verf. bei einem noch lebenden, seit dem zweiten Lebensjahr an spastischer Hemiplegie leidenden 13jähr. Mädchen; für beide Fälle nimmt er einfache Inactivitätsatrophie an. Tuczek.

---

4) Zur Pathologie und pathologischen Anatomie der epidemischen Cerebrospinal-Meningitis. Von Dr. Adolf Strümpell. (Deutsches Archiv f. klinische Medicin. Bd. XXX. S. 500.)

Die Mittheilungen S.'s über epidemische Meningitis beziehen sich auf 32 in der Leipziger med. Klinik vorgekommene Fälle, von denen 13 tödtlich verliefen. S. bespricht zunächst den allgemeinen Verlauf der Fälle. Er unterscheidet von der M. cerebrosp. levis eine M. cerebrosp. abortiva als besondere Form, welche mit hohem Fieber und schweren Initialerscheinungen beginnt, aber in verhätnissmässig kurzer Zeit in rasche Heilung übergeht. Von den Fällen mit protrahirtem Verlauf verdienen namentlich zwei Erwähnung, bei welchen es zu ausgesprochener Recidivbildung kam. — Genau besprochen wird das Verhalten der Eigenwärme bei der Meningitis. Im Allgemeinen besteht zwischen der Höhe des Fiebers und der Schwere der sonstigen Krankheitserscheinungen durchaus keine Uebereinstimmung. Schwere Fälle können bis zum Tode fast ohne Fieber verlaufen. In Bezug auf die Darstellung anderer Eigenthümlichkeiten der Eigenwärme muss auf's Original verwiesen werden. — Von den sonstigen Krankheitssymptomen werden zunächst die Erscheinungen von Seiten der Gehirnnerven erwähnt. Am häufigsten sind Störungen in der Innervation der Augenmuskeln, ferner Contracturen oder Paresen der Facialis, Trismus, Neuritis optica, Abnahme des Gehörs und nicht selten auch, wie S. fand, des Geruchs. Die Geruchsstörung beruht vielleicht auf einer eitrigen Entzündung der oberen Abschnitte der Nasenhöhle, welche zweimal bei Sectionen gefunden wurde. Von Störungen in den Extremitäten erwähnt S. einen Fall mit Lähmung beider Beine, welcher in Heilung überging. Das Verhalten der Reflexe war ziemlich verschieden. In 4 Fällen konnte man ein Verschwinden der Sehnenreflexe beobachten, was vielleicht von der Betheiligung der hinteren Wurzeln abhängt. Genauer besprochen werden die Fälle, welche eine Complication mit multiplen Gelenkschwellungen zeigten.

In pathologisch-anatomischer Hinsicht zeigte die mikroskopische Untersuchung, dass der entzündliche Prozess sich niemals auf die Meningen beschränkt, sondern bis tief in die Gehirnsubstanz selbst hinein verfolgt werden kann. Zahlreiche kleine Eiterherde, Rundzellen-Anhäufungen um die Gefässe herum, kleine Hämorrhagien waren auch in den Centralganglien sichtbar. Die Veränderungen sind oft gewiss von grösserer klinischer Bedeutung, als die eigentliche Meningitis selbst. Im Rückenmark fanden sich einmal kleine Herde von hypertrophischen Axencylindern, wie sie auch bei tuberculöser Meningitis vorkommen. Wahrscheinlich kann das specifische Gift der epidemischen Meningitis auch grössere Abscesse in der Gehirnsubstanz machen. S. theilt vier Fälle von Gehirnabscess mit, welche innerhalb sechs Wochen zur Zeit der Meningitis-Epidemie vorkommen und für welche keine besondere sonstige Ursache aufgefunden werden konnte. In zwei dieser Fälle bestand neben den Gehirnabscessen auch eitrige Meningitis. M.

Digitized by Google

Pathologie des Nervensystems.

5) **Ueber die Pathologie der Epilepsie** von P. Albertoni. (Sep.-Abdr. aus „Unters. z. Naturlehre d. Menschen" etc. von J. Moleschott. 1882. Bd. XII. Heft 5. 61 Seiten.)

Die Abhandlung enthält eine Zusammenstellung und Erweiterung der Versuche des Verfassers über experimentelle Epilepsie, welche z. Th. schon (in verschiedenen italienischen Journalen und Archiven) publicirt sind. Bei dem hohen Interesse, welches diese Experimente erregen, ist ein ausführlicheres Referat gerechtfertigt.

Die Einleitung behandelt die von früheren Untersuchern erlangten Resultate. A. erwähnt die Theorie Marshall-Hall's und bekämpft sodann die Ansichten, welche verschiedene Experimentatoren (von Kussmaul und Tenner bis auf Nothnagel) sich gebildet haben. Er kann nicht zugeben, dass das Rückenmark nur als Leiter, nicht als Centrum, wirksam sei und dass die Convulsionen nur von dem Reiz eines umschriebenen Hirntheiles abhängig sind, welcher an der Basis gelegen ist. Er stützt sich dabei auf Luchsinger's Versuche. Sodann bespricht Verf. Brown-Sequard's künstliche Epilepsie bei Meerschweinchen. Dieser erhielt bei seinen Thieren auch dann noch epileptische Anfälle, nachdem er das Grosshirn, das Kleinhirn, einen Theil der Brücke und des verlängerten Markes abgetragen. Hieran schliessen sich die Versuche von Westphal, Filehne, Rosenthal, Uspensky, Leube. Es wurde auch constatirt, dass bei den künstlich epileptisch gemachten Thieren die Anfälle mittelst künstlicher Respiration nicht verhindert werden können. Magnan's Untersuchungen über toxische Epilepsie beweisen, dass auch nach Abtragung der Hemisphären noch epileptische Anfälle erzeugt wurden. Durchschnitt Magnan das Rückenmark unterhalb der Oblongata, so erhielt er anfangs nur Convulsionen der Theile, deren Innervation von der Oblongata ausgeht, später aber kam auch das Rückenmark an die Reihe und es traten Convulsionen des ganzen Körpers auf. Wenn A. auch ein umschriebenes Krampfcentrum an der Basis des Gehirns negirt, so erkennt er doch die hohe Bedeutung an, welche der Nachweis einer Zellanhäufung im oberen Theil der Oblongata hat, durch die alle Muskeln im Körper zur Contraction zu bringen sind (Nothnagel, Heubel), ein Centrum für verallgemeinerte Reflexbewegungen (Owsjannikow). A. meint, „man könne jetzt leicht annehmen, dass ein gereizter und gespannter Zustand dieses Centrums die Ursache plötzlicher Krampfanfälle wird, und wenn sich die Störung auf andre Nervencentren verbreitet, auch Ursache der echten Epilepsie. Hierbei mag erwähnt werden, dass in unmittelbarer Nähe des angeführten Centrums und sogar fast mit ihm vermengt sich die vasomotorischen und respiratorischen Centren befinden."

Neue Momente bringt dann weiter die Lehre von der localisirten Erregbarkeit des Gehirns. Sie beweist, dass electrische Reizung der Gehirnrinde neben bestimmten Muskelcontractionen auch allgemeine epileptische Anfälle erzeugen kann (Fritsch und Hitzig, Ferrier, Hughl.-Jackson, Bartholow).

A. geht nun zur Besprechung der eigenen Versuche über. Er erhielt bei umschriebener Reizung der Gehirnrinde nicht anästhesirter Hunde partielle Convulsionen und vollständige epileptische Anfälle. Auch postepileptische Verwirrtheit und Wuthanfälle wurden nach den Anfällen beobachtet. Die verschiedenen Versuchsthiere verhielten sich bei diesen Versuchen verschieden. Bei manchen Hunden traten stets nur partielle Convulsionen auf. Strychnininjectionen verallgemeinerten zwar die Krämpfe, aber ohne dass das Bewusstsein schwand. Neugeborene Hunde zeigten erst nach 19 Tagen eine Erregbarkeit der Rinde, welche zu epileptischen Anfällen führte. Katzen, ein Marder, Meerschweinchen verhielten sich wie Hunde, ganz anders dagegen Kaninchen, Schaf und Ziege, Pferd und Esel. Bei diesen Thieren erhielt er nie einen vollständigen epileptischen Anfall von der Rinde aus.

Digitized by Google

A. fragt sich nun, ob die Erregung, welche den epileptischen Anfall erzeugt, von der Rinde als Centrum ausgehe. Die Versuche von Brown-Séquard und Magnan sprechen dagegen. Doch zeigten Versuche A.'s, dass Convulsionen, welche durch Reizung der Rinde ausgelöst waren, nach Abtragung des betreffenden Theils der Rinde und Reizung derselben Stelle ausblieben, aber noch eintraten auf Reizung entgegengesetzter Rindentheile. Da also dadurch Convulsionen beider Seiten (auch der gelähmten) hervorgerufen wurden, so schliesst A., dass das Gehirn bei der Erzeugung der Epilepsie sich nicht als autonomes, sondern als beiläufiges Centrum verhält, und zieht Morselli's, Frank und Pitres' Versuche als Unterstützung der Ansicht heran, dass die Erregung des Gehirns auf Centren wirkt, welche ausserhalb der Rinde liegen und in welchen die Erregungen verallgemeinert werden.

Es folgt nun eine Polemik gegen Luciani, welcher in der Gehirnrinde das wesentliche Centralorgan der epileptischen Krämpfe sucht. A. setzt dagegen verschiedene Versuche, bei denen die Bewegungszonen der Rinde mit Inbegriff des Corpus striatum zerstört waren und bei denen vollständige epileptische Anfälle auftraten, und spricht dann von seinen Versuchen, in welchen durch Reizung der Rinde einer Hemisphäre auch bei vorheriger Durchschneidung der gleichseitigen Hälfte des verlängerten Marks und bestehender Hemiparalyse ein vollständiger epileptischer Anfall erhalten wurde. A. schliesst, dass die durch die Reizung der Rinde angebahnte motorische Entladung (Epilepsie) durch die directen Bahnen auf die graue Substanz des verlängerten Marks und Rückenmarks übertragen wurde und sich dort über den ganzen Durchmesser der grauen Substanz verbreitete.

In Bezug auf einige besondere Erscheinungen des epileptischen Anfalls hat A. gesehen, dass 1) während des Anfalls und der Bewusstlosigkeit das Gehirn keineswegs blutleer war.

[Wichtig für die Frage der Gefässcontraction dürfte wohl nur der allererste Moment des Anfalls, der den tetanischen Schrei auslöst, sein. Vielleicht existirt ein Moment der Gefässcontraction, der die Bewusstlosigkeit erzeugt und alles andre wird dann beeinflusst durch die Muskelkrämpfe, die Congestion, die Asphyxie. Verschiedene Zeichen deuten hierauf hin, auch das Verhalten der Pupille. Ref.]

2) Bei Katzen erhielt A. auch nach beiderseitiger Durchschneidung des Sympathicus am Hals noch einen vollständigen Anfall. 3) Betreffs der Pupille hat A. gesehen, dass nach Durchschneidung des Vagus-Sympathicus auf einer Seite nur auf der gesunden Seite die Pupillen im Anfall sich erweiterten. 4) Betreffs der Speichelsecretion fand A., dass dieselbe während des Anfalls vermehrt war. Nach Ausreissung der Chorda war sie ganz aufgehoben, nach Ausreissung des Sympathicus vermindert im Anfall.

Für die Pathologie der Epilepsie beim Menschen ergiebt sich, dass bei der vom Hirn herrührenden Epilepsie die Art des Anfangs der Krämpfe von Wichtigkeit ist zur Erkennung des Hirntheils, welcher sich entlud oder die Entladung veranlasste. Weiter ergiebt sich, dass es reizende, nicht zerstörende Verletzungen sind, welche die Epilepsie hervorrufen. Ist die motorische Zone einer Hemisphäre zerstört, so kann durch Reizung anderer Theile noch ein vollständiger (beiderseitiger) Anfall ausgelöst werden. Auch beim Menschen ist dies beobachtet. — Bei dem Uebergreifen der Convulsionen von den primär gereizten Muskeln auf die der andern Seite werden zunächst diejenigen Muskeln betroffen, welche den primär gereizten sonst mittelst Reflexe und Associationen verbunden sind. Kaumuskeln, Respirationsmuskeln und Augenmuskeln sind, auch bei halbseitigen Krämpfen, stets beiderseitig betheiligt. Siemens.

---

6) Rougeole compliquée de diabète sucré. Accidents cérébraux. Mort. par le docteur Urné. (Archiv. médical. belges. Février 1882.)

Bei einem 14jährigen Mädchen trat Diabetes im Verlaufe der Masern ein. Das

Digitized by Google

Kind starb in wenigen Tagen unter cerebralen Erscheinungen, die denen des Hydrocephalus acutus ähnlich waren. M.

---

7) **Contribution à l'étude de Tic de Salaam** par le Dr. Tordeus. (Journal de Médecine et Chir. et de Pharmacol. de Bruxelles. Févr. 1882.)

Bei einem rachitischen 14 Monat alten Mädchen traten paroxysmenweis Bewegungen von Biegen und Zurückbiegen des Kopfes, die sich 30—40 Mal in der Minute wiederholten, ein. In den Intervallen schien das Kind gesund; vor der Wiederkehr der Anfälle schien es ein wenig erregt. Bei einer Behandlung mit 0·5, später mit 1·0 Gr. Kal. bromat. pro die verschwanden die Anfälle nach 3 Monaten. In andern Fällen schienen die Anfälle nur eine Art des petit mal oder Symptom einer schweren Hirnerkrankung zu sein. M.

---

8) **Tetanus nach Impfung mit Kuhpocken.** (St. Louis courr. of Medicine. April 1882. — Proceedings of the Philadelphia county med. society.)

Zwei Fälle, die beide tödtlich verliefen; der eine bei einem 9jährigen Knaben, der andere bei einem Kinde von 3 Monaten. Der Tetanus begann mit der Abtrocknung. M.

---

9) **A further contribution on the course of the optic nerve fibres in the brain** von J. Dreschfeld. (Brain. April 1882.)

Fall von chronischem Morbus Brightii. Dabei linksseitige Hemiplegie ohne Contracturen, Hemianästhesie, Hemianopsie, Farbenblindheit; Fehlen des Kniephänomen. Diagnose: Hämorrhagie im rechten Thalamus opticus und der rechten inneren Kapsel. Tod in Folge eines neuen apoplectischen Insultes.

Die Autopsie ergab eine ausgedehnte Hämorrhagie im Innern der rechten Hemisphäre, welche den Hinterventrikel ausgedehnt und die Basalganglien mit betroffen hatte, so dass der Sitz der ersten Blutung nicht genau bestimmt werden konnte. Rinde, Vierhügel und Tractus waren unversehrt. Gnauck.

---

10) **On the condition of the knee-jenk, ankle-clonus and plantar reflex after epileptic fits in seventy cases; and on postepileptic conjugate deviation of the eyes** by Charles Beevor. (Brain. April 1882.)

Verf. fand, dass sogleich nach dem klonischen Stadium der epileptischen Krampfanfälle das Kniephänomen häufig gesteigert, bisweilen abgeschwächt sei und hier und da auch einmal fehle; der Plantarreflex fehle gewöhnlich. Fusszittern bei Dorsalflexion sei sehr oft zu beobachten. Nach 5—10 Minuten Rückkehr zur Norm. Auch conjugirte Abweichung der Augen war bisweilen vorhanden, und zwar entgegengesetzt derjenigen Seite, welche die heftigsten Zuckungen zeigte. Gnauck.

---

11) **Éclampsie urémique scarlatineuse guérie par la saignée** von Professor D'Espine, Genf. (Revue médicale de la Suisse romande. 1882. Nr. 4.)

In einem Falle von Urämie bei Nephrit. scarlatinosa trat nach einem Aderlass von 200 grm (und einer zweimaligen Gabe von 2 grm Chloral) rasche Besserung ein und völliges Verschwinden des Eiweisses aus dem Urine nach 7 Tagen. Die Herren Frütiger und Jaccard untersuchten das Blut und fanden den enormen Gehalt von 3·3 grm Harnstoff auf 1000 grm; auf 1000 grm Blutserum kamen 6·5 grm Harnstoff. Ferner fanden sie den Gehalt an Kalisalzen um das dreifache

Digitized by Google

vermehrt, nämlich 0·923 ‰ gegen 0·314 ‰ der Norm. D'Espine meint demnach, dass bei der Urämie die abnorm vermehrten Kalisalze reizend auf die Nerven des Endocardium wirkten und eine enorme arterielle Spannung erzeugten. Der Aderlass wirke nun in doppelter Weise günstig, und zwar 1) durch directe theilweise Beseitigung der giftigen Kalisalze, und 2) Herabsetzung der arteriellen Spannung.

Hadlich.

---

12) **Ueber Tetanie und die mechanische Erregbarkeit der peripheren Nervenstämme** von Prof. F. Schultze, Heidelberg. (Deutsche med. Wochenschrift. 1882. Nr. 20 u. 21.)

In sieben Fällen von Tetanie konnte Verf. die von Chvostek und Weiss nachgewiesene erhöhte mechanische Erregbarkeit der Extremitätennerven, sechsmal auch der Faciales, bestätigen. Die electrische Erregbarkeit der Nerven war gleichfalls, aber nicht immer in entsprechendem Grade, erhöht, die directe Muskelerregbarkeit dagegen niemals. — In einem Falle sah Verf. gleichzeitig mit den tonischen Krämpfen im Gebiete derselben (Vorderarm) eine complete Analgesie und Anästhesie auftreten, die sofort mit den Krämpfen aufhörte. In demselben Falle trat auch durch Druck auf die Carotis eine starke Erweiterung der gleichseitigen Pupille ein.

In Bezug auf die mechanische Uebererregbarkeit (Percussion der Nerven erregt mehr oder weniger starke Zuckungen) stellte Verf. durch Untersuchungen Gesunder fest, dass sie bei der Tetanie „nur eine stärkere Ausprägung von Phänomenen ist, welche zum grossen Theile auch bei Gesunden vorkommen"; sie ist dort nur dem Grade nach stärker und zeigt sich in der Krankheit selbst zu verschiedenen Zeiten verschieden stark. Sie ist auch bei anderen Krankheiten beobachtet: Fall von Gliom des Rückenmarks und Ventric. IV. — Fall von typischer progressiver Bulbärparalyse. — Seine frühere Ansicht von der reflectorischen Natur des Phänomens kann Verf. jetzt nicht mehr als richtig anerkennen. — Der Unterschied dieser mechanischen Uebererregbarkeit gegenüber der Charcot'schen Hyperexcitabilité neuro-musculaire ist, dass letztere nur in der Hypnose auftritt und Contracturen entstehen lässt, erstere dagegen blitzartige Zuckungen.

Die mechanische und electrische Uebererregbarbeit der Nerven kann lange (Jahre lang) bestehen; eine Gelegenheitsursache: eine acute Krankheit, bei Kindern ein Darmcatarrh, eine starke Muskelanstrengung, ein Furunkel u. dgl. ruft dann plötzlich Tetanieanfälle hervor. — Bei manchen Kranken treten die Anfälle jedesmal ein bei einer bestimmten Muskelaction von etwas längerer Dauer (über eine Minute).

Dass der Sympathicus bei der Tetanie eine besondere Rolle spielt (Weiss), hält Verf. für unerwiesen, rechnet sie vielmehr den peripheren Neurosen zu; wenigstens scheint die Affection nicht weiter zu gehen, als vom Muskel bis zu den motorischen Zellen des Rückenmarkes. Denn wenn auch die Seitenstränge (Pyramidenbahn) mit betheiligt wären, so würden wohl die Sehnenphänomene erhöht gefunden werden, was nicht der Fall ist.

Therapie: Ruhe, Schonung, Pflege. Hadlich.

---

13) **Encefalopatia saturnina a forma mista con elevazione termica** del Maragliano. (La salute. 1882. II. Nr. 11. p. 81.)

Verf. beschreibt einen Fall von Encephalopathia saturnina, welcher mit lebhafter morgendlicher Temperatursteigerung (39·1 °) einherging.

Jodkalium in steigernder Dosis führte Nachlass sämmtlicher, auch der psychischen Symptome herbei; Genesung.

Der Fall widerspreche also den Literaturangaben, welche unveränderte oder gar erniedrigte Temperatur bei dieser Krankheitsform angeben. Jehn.

Digitized by Google

14) Studi clinici sull' atetosi del Grocco. (Ibidem. Nr. 11. p. 86.)

Verf. stellt folgende Sätze auf Grund seiner Untersuchungen über die Athetose auf:

Er fand sie als ein früher oder später auftretendes Symptom eines, fast regelmässig hämorrhagischen Hirnleidens und fast immer bei mehr oder minder ausgesprochener Hemiplegie.

Sie zeigte sich mit vielfachen posthemiplegischen Symptomen, Contractur, intermittirenden Krampfzuständen, Hemichorea, Muskelatrophie vergesellschaftet.

Wie die Contracturen kann auch die Athetose im Schlafe, bei bestimmten willkürlichen Stellungen, auch unter Willenseinfluss nachlassen oder doch Intermittenz zeigen.

Auch kann es bei unwillkürlichen oder wenig ausgiebigen Bewegungen zu einer Art nur abortiver Form kommen.

Die Athetose kann verschwinden und wieder auftreten; letzteres zumal bei der Wiederanfachung chronischer Hirnprozesse. Als eigne Krankheit ist die Athetose nicht zu betrachten, sondern höchstens als klinische Aeusserungsform eines Hirnleidens.

Jehn.

---

15) Contributo alla patogenesi ed alla cura del male perforante del piede del Gualco. (La salute. 1882. Nr. 11. p. 87.)

Ueber das Mal perforant du pied sind beinahe soviel Hypothesen aufgestellt, als Autoren über dies Leiden geschrieben haben. Eine Zeit lang hat es, zumal in der französischen Literatur die Rolle gespielt, wie einmal die Othæmatome, welche allerseits wiederholteste und gründlichste Beleuchtung fanden. Die vorliegende Notiz kann auch nur wieder von einer noch sehr wenig aufgeklärten Krankheit berichten. Die Arbeit verschmäht aber neue Hypothesen über das Wesen des Leidens aufzustellen, sondern hält sich an die pathologisch-anatomische Basis des Vorgangs: entweder eine Periostitis, von der nach und nach der Prozess sich auf das Zellgewebe und die Haut fortpflanzte, oder Bildung einer callösen Masse über der Articulatio metatarsophalangea auf der Plantarseite, bedeckt mit verdickter Epidermis und hypertrophirten Papillen der im Ganzen verhärteten Haut, worauf später die Ulceration mit ihren klassischen callösen Rändern entstehe.

Die Betroffenen waren nach dem Verf. sämmtlich dem ärmlichsten Stande angehörig und zu den schwersten Arbeiten gezwungene, schlecht genährte Individuen, welche nach langen Leiden in die Spitäler kamen. Verf. ist daher verständig genug, anstatt aller Hypothesen das miserable Schuhwerk solcher Unglücklichen und die Mängel jeglicher ordentlichen Behandlung der malträtirten Füsse zur Erklärung des Leidens heranzuziehen. Dann hätten wir es allerdings statt mit einer vasomotorisch-paralytischen Grundlage des Leidens, eher mit einer Art vernachlässigten Hühnerauge zu thun. Die Behandlung des Leidens, welches sonst allen chirurgischen Eingriffen zu spotten pflegt, ist nach dem Verf. auch einfach die des Clavus: Warme Fussbäder zum Aufweichen der callösen Ränder, tiefe Excision der ulcerirten Ränder und lang fortgesetztes antiseptisches Verfahren brachten befriedigende Erfolge, wenn nicht schon tiefere cariöse Zerstörung vorlag, die partielle Resection erforderte. Jehn.

---

16) Zur Diagnostik der Arteriitis obliterans durch den Augenspiegel, zugleich ein Beitrag zur Localisation der Hirnherde (Herd in der inneren Kapsel). Von Prof. Fürstner. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. XXX. S. 534.)

Am 2. Mai 1879 wurde eine 37jährige Frau wegen maniakatischer Erregung in die Heidelberger Irrenklinik aufgenommen. Frühere Lues ungewiss. Vor 3 Jahren

Digitized by Google

apoplectischer Insult mit rechtsseitiger Parese, Sprachstörung und Blindheit des rechten Auges. 6 Wochen danach war Pat. zwar wieder arbeitsfähig, aber wiederholt traten in der rechten Seite epileptiforme Anfälle bei erhaltenem Bewusstsein auf. Ausserdem wurde Pat. sehr reizbar, arbeitsunlustig, zornig, lief mehrmals von Hause fort. Im April 1879 zweiter apoplectischer Insult, linksseitige Parese und Sprachlosigkeit, welche sich ebenfalls bald wieder bessern. Dagegen wurde die Unruhe grösser, Schlaflosigkeit, aggressives Wesen, zuweilen Hallucinationen traten ein.

Bei der objectiven Untersuchung war vor Allem der Augenspiegelbefund auffallend. Die Arterien und Venen zeigten eine beträchtliche Verbreiterung und waren auffallend stark geschlängelt. Beide sahen dunkler aus und hatten ungewöhnlich breite Wände. Die Papillen sahen aus wie „ein von dunklen Locken umgebenes Gorgonenhaupt." Sämmtliche Gefässe schienen aus der vollständig klaren Nervenmasse mehr, als gewöhnlich nach vorn gegen den Glaskörper hin hervorzutreten. Hiernach musste schon während des Lebens eine eigenthümliche Erkrankung des Gefässsystems angenommen werden.

Bei der Autopsie (2. Juli 1879) fand sich ausser schwieliger Myocarditis ein älterer Erweichungsherd im hintern Theil des Linsenkerns und der inneren Kapsel, auf welchen die Erscheinungen des ersten apoplectischen Insults bezogen werden müssen. Der zweite frischere Herd hatte seinen Sitz in der ersten und in einem Theil der zweiten Stirnwindung. Vor Allem interessant aber waren die Befunde am Gefässsystem. In der Aorta „zahlreiche gelb und weisse Flocken", besonders im Brust- und Bauchtheil derselben. An der Abgangsstelle der Mesaraica sup. erschien die Aorta beträchtlich verengert, die Mesaraica selbst hatte nur noch ein schlitzförmiges Lumen, „zwischen Intima und Elastica war eine hyaline, speckige Masse eingebettet." Aehnliche Veränderungen zeigten auch andere Gefässe, bes. die Femorales. Mikroskopisch untersucht wurden die Gefässe des Gehirns und der Retina. Hier fand sich eine reichliche Proliferation von Spindel- und Rundzellen vor, besonders in der Intima, bald mehr in der Muscularis oder in der Adventitia. An manchen Präparaten sah man keilförmige Züge von Rundzellen die Muscularis durchsetzen und in die Neubildung der Intima übergehen. Am allgemeinsten erschien die Betheiligung der Adventitia. Es handelt sich also um eine Erkrankung des Arteriensystems, welche weder mit der Endarteriitis luetica (Heubner), noch mit der Endarteriitis obliterans (Friedländer) gleichgestellt werden kann. Ob Syphilis die Ursache derselben war, lässt sich nicht sicher ermitteln. In diagnostischer Beziehung wichtig aber ist es, dass, wie der vorliegende Fall zeigt, durch die Untersuchung mit dem Augenspiegel schon zu Lebzeiten der Pat. ein Anhaltepunkt zur Diagnose der Arterienerkrankung gewonnen werden kann. Strümpell.

---

17) Zur Casuistik der Erkrankungen des Centralnervensystems von Dr. Claus. (Arch. f. Psych. XII. S. 669.)

I. Multiple Cerebrospinalsklerose. Ausführlich klinisch und anatomisch mitgetheilter Fall, der dadurch bemerkenswerth, dass ausser der Herdsklerose auch meningitische Veränderungen über der Convexität, sowie atrophische und chronisch entzündliche Erscheinungen an den Frontal- und Centralwindungen vorhanden waren. C. schliesst auf Grund des bisher vorliegenden Materials, dass, wenn sich das Bild der Sklerose mit ausgesprochener und besonders paralytisch erscheinender geistiger Schwäche complicirt neben der Herdsklerose auch entzündliche und atrophische Prozesse der Häute und der Rinde besonders am Vorderhirn sich finden. Aus dem pathologischen Befunde im Rückenmark ist hervorzuheben eine im obersten Brustmark sitzende, nur die Ausdehnung weniger Wurzelursprünge einnehmende symmetrische Degeneration der Hinterstränge entsprechend der Grenze zwischen Goll'schen und Burdach'schen Keilstrang; mikroskopisch zeigte dieselbe nur geringe Ver-

Digitized by Google

änderungen. C. erwähnt drei Fälle, wo ähnliche Verfärbungen bei Geisteskranken ohne Rückenmarkssymptome vorhanden waren und mikroskopisch nur mässige Verbreiterung der Bindesubstanz nachzuweisen war. (Ref. hat ähnliche Verfärbungen mehrfach an Rückenmarken nicht Geisteskranker als zufälligen Befund beobachtet, konnte jedoch auch mikroskopisch dieselben nicht als pathologisch nachweisen.)

II. Atrophie des Kleinhirns bei einem epileptischen Geisteskranken. Aus den wenigen klinischen Angaben ist hervorzuheben, dass in der letzten Zeit der Gang stärker behindert, anfänglich nur etwas schwankend und taumelnd war. Section: Chronische meningitische Veränderungen; in der Umgebung des rechten Unterhorns hochgradige Sklerose, die Substanz daselbst zeigt zahlreiche Lücken. Die obere Fläche des Kleinhirns weisslichgelb, die Windungen daselbst sowie an den Aussenseiten beträchtlich verschmälert. Diese Stellen sind fester, die Rinde schmäler, die rechte Olive am frischen Präparate scheint kleiner. Hirngewicht (sammt Häuten) 1300, Kleinhirn 110; Rückenmark mikroskopisch normal; der Befund der Grosshirnsklerose ist der gewöhnliche; die sklerotischen Kleinhirnabschnitte zeigen stärkere Röthung, Verminderung und Atrophie der Purkinje'schen Zellen sowie der Ganglienzellen der äusseren Schicht, die Gefässe streifig verdickt mit Fettkörnchen und Körnchenzellen besetzt; das Mark zeigt stark rothgefärbte Züge von Bindegewebe; auch der Nucl. dent. ist theilweise ergriffen, der Uebergang in's Normale ist ein allmähliger.

III. Ueber eine eigenthümliche Degenerationsform im menschlichen Rückenmark. In dem Rückenmarke eines Paralytikers fand sich ausser dem normalen Befund ein etwa 1 cm langer im Querschnitt ovaler, in der vordern gemischten Seitenstrangzone liegender Herd chronisch-myelitischer Natur, ähnlich demjenigen wie sie zuerst Westphal in Fällen mit secundärer Degeneration beschrieben; Cl. wendet sich gegen die ausschliessliche Deutung dieser Herde als traumatische Degeneration, hebt die Seltenheit eines solchen Vorkommens in den Seitensträngen, dagegen die häufige Betheiligung des Brustmarkes hervor. — In einem Anhang wird mitgetheilt, dass Westphal öfter Fälle von Herdsklerose unter dem Bilde der Dem. par. verlaufen sah, dass die Demenz zuweilen sehr ausgesprochen, die Sprache jedoch paralytisch war. Eine ähnliche Localisation der Degeneration wie bei C. III hat W. mehrfach gesehen, zuletzt bei einem Falle von Degeneration der Hinterstränge ohne Geistesstörung.

A. Pick.

Psychiatrie.

18) **Progressive paresis of the Insane** by E. Spitzka, New-York. (Chicago Med. Rev. IV. 10.)

Verf. tritt für die vasomotorische Theorie der Dementia paralytica ein, ohne irgend etwas positives dafür beizubringen. Ein Fall von Hirnerschütterung mit consecutiven apoplectiformen Anfällen, Gedächtnissdefecten und Lähmungserscheinungen (ohne Sectionsbefund) wird als Dementia paralytica bezeichnet und auf Shok des vasomotorischen Systems zurückgeführt. Ebenso sollen alle andern Schädlichkeiten, denen in der Aetiologie der Dementia paralytica eine Rolle zuertheilt wird, primär auf die vasomotorischen Centren wirken.

Tuczek.

---

19) **Fälle von Verrücktheit** von C. Moeli. (Charité-Annalen. Bd. VII. 1882.)

Nachdem Verf. einleitend das Verhältniss der Hypochondrie zur Verrücktheit noch einmal dargelegt hat, bespricht er — im Vergleiche mit der Entwickelungsart der Verrücktheit aus plötzlich auftretenden Hallucinationen — diejenigen Formen, bei welchen bekannte Factoren, wie Fieber, Puerperium, Alcohol einen Antheil an der Entstehung der Krankheit zu haben scheinen.

Bei Besprechung der bei acuten fieberhaften Krankheiten auftretenden Psychosen

Digitized by Google

hebt er Fälle der selteneren Art hervor, in welchen sich dauernde Wahnideen entwickeln, und zwar hier unter dem Bilde religiöser Verrücktheit. Für die von zahlreichen Sinnestäuschungen begleiteten Psychosen des Wochenbettes betont er die seltene Ausbildung eines Wahnsystems und hält jene daher mehr für den Ausdruck einer Erschöpfung der Hirnthätigkeit.

Den Alcohol als Ursache der Verrücktheit betreffend, weist er, unter Beifügung illustrirender Beispiele, darauf hin, wie sich nicht selten im Anschlusse an Zustände von Delirium tremens eine acute Verrücktheit entwickelt. Dabei kann es geschehen, dass die in einem früheren Anfalle von Delirium tremens aufgetretenen Vorstellungen nach monatelanger Pause in Folge neuer Alcoholexcesse wieder auftauchen und nun zum Mittelpunkte eines ausgeprägten Wahnsystems werden, welches viele Wochen bestehen bleibt. Es können auch beide, das Delirium tremens und bestimmte Wahnideen, wie solche ehelicher Untreue oder der Verfolgung, sich zu gleicher Zeit entwickeln; während aber das erstere rasch abläuft, bleiben die letzteren Monate lang bestehen und ergeben das Bild einer manchmal auch mehr chronisch verlaufenden Form der Verrücktheit. Gnauck.

---

20) **Deliri sistemassitati primitivi** Reggio-Emilia (Stefano-Calderini) 1882, del Buccola. (Aus der Rivista sperimentale di freniatria etc. VIII. 1882. 1.)

Die mit grosser Kenntniss der einschlägigen, besonders deutschen Literatur geschriebene Arbeit stellt die verschiedenen Ansichten über die primäre Verrücktheit zusammen und hat dadurch einen vorwiegend referirenden Charakter.

Der Verf., welcher selbst zwei ausführliche Krankengeschichten dieser Krankheit mittheilt, neigt sich in seinen eignen Darstellungen vorwiegend der Krafft-Ebing'schen Auffassung zu; eigentlich Neues und Originelles bringt der Aufsatz nicht. Jehn.

---

21) **Note sur un cas d'hydrocéphalie chronique** par Christian. Vortrag aus der Sitzung der med.-psych. Gesellschaft vom 27. Febr. (Annales médico-psychologiques. 1882. III. p. 366.)

Die Section eines 38jährigen Mannes, welcher mit einem enormen Wasserkopf behaftet gewesen war, aber trotzdem auffällige Geistesfähigkeiten, leichtes Erlernen fremder Sprachen, schöpferisches musikalisches Talent, aufgewiesen hatte, ergab eine Circumferenz des Cranium von 70 cm.; der sagittale Diameter betrug 24 cm. Die Ossification des Craniums war vollständig, der Knochenbau symmetrisch. Das ausfliessende Serum wog 1050 grm. Das Hirn wog nach Ausfluss dieses Quantums noch 1390 grm. (rechte Hemisphäre 615, linke 595, Kleinhirn 186 grm.) In der rechten Schädelhöhle von der Dura ausgehend und von der Arachnoidea begrenzt, fand sich ein mit blutigem Serum und Blutgerinnseln gefüllter Sack, dessen Gewicht zu 450 grm. festgestellt wurde. Nach Christian's Meinung handelte es sich um ein älteres Hämatom der Dura, in welches später (der Kranke war unter psychischen Symptomen, Melancholie, Angst, epileptische Krämpfe gestorben) eine nachträgliche Hämorrhagie erfolgt war.

In der anschliessenden Discussion wurde hervorgehoben, dass es sich hier um ein sog. „partielles Genie" gehandelt habe. Das Hirngewicht war jedenfalls ein, den Umständen entsprechend, enorm grosses. Jehn.

---

22) **Note sur la pathogénie des hallucinations** par Parant, Toulouse. (Ibidem p. 374.)

Im Anschluss an einen ausführlich mitgetheilten Fall, in welchem eine Kranke spontan Gehörshallucinationen hervorrufen konnte, indem sie an ganz bestimmten

Digitized by Google

Orten den „Majors“ Fragen stellte, auf welche sie durch Hallucinationen Antwort erhielt, untersucht Verf. die Stellung solcher freiwilliger Hallucinationen zu den gewöhnlichen. Er kommt zu dem Schluss, dass sich die Kranken unbewusst schon mit der Fragestellung die Antwort zurechtlegen. Sie erhalten dann die prämeditirte Antwort, welche durch die krankhafte Beschaffenheit der Centralorgane als echte Hallucination empfunden wird.

Somit würde also das Sinnesorgan nur secundär und zwar auf unbewusstem Wege in Folge des intellectuellen Vorgangs in Mitleidenschaft gezogen. Jehn.

---

23) De la démence paralytique dans les rapports avec l'athérome artériel et le ramollissement jaune par Cullerre. (Ibidem p. 386.)

Auf Grund von neun Krankengeschichten, in welchen die Erscheinungen der Atherose theils durch Section, theils durch klinische und sphygmographische Untersuchung festgestellt wurden, möchte Cullerre den pathologisch-anatomischen Charakter der Atherose zur progressiven Paralyse dahin präcisirt wissen, dass es eine Form der Paralyse giebt, welche sich zugleich durch die gewöhnlichen Störungen der Meningoencephalitis als durch Atherose, miliare Aneurysmen und gelbe Erweichung kennzeichnen.

Entwickelung meist in höherem Alter; protrahirter Verlauf, aber Möglichkeit jäher Endausgänge durch Congestivstösse mit begleitender acuter-maniakalischer Erregung. Diagnose intra vitam durch Sphygmograph und Auscultation der Aorta; Symptome sind die der Paralyse und senilen Demenz auf körperlichem wie geistigem Gebiete.

Bei gewissen Fällen seniler Demenz können Congestivstösse Entzündung der Hirnrinde und die makroskopischen Zeichen der Paralyse hervorrufen. Mit dem Nachlass der Congestion verschwinden die Symptome der Paralyse wieder. Jehn.

---

24) Moral (affective) **Insanity. A Plea for its retention in medical nomenclature** by C. H. Hughes. (Journ. of psych. med. and ment. path. N. Ser. Vol. VIII. 1882. P. I. p. 64.)

Plaidirt für den Bestand des moralischen Irresein ohne oder ohne merkbare intellectuelle Störung; keinerlei neue Argumente. A. Pick.

---

25) Suicide. (Ibidem p. 82.)

Redactionsartikel auf Morselli's Buch basirend. A. Pick.

---

26) What shall we do with the inebriate? by T. D. Crothers, M. D. (Reprinted from the Alienist and Neurologist. St. Louis, April 1881. Sep.-Abdr.)

Crothers, selbst Vorsteher eines Asyls für Trunksüchtige, klagt über die in Amerika selbst bei Aerzten noch so allgemein verbreitete Anschauung, Trunksucht sei ein Laster und müsse durch Bekehrung bekämpft werden; er erklärt dieses Uebel für eine bestimmte, wohl zu begrenzende Krankheit, deren Bedingungen und Ursachen durch naturwissenschaftliche Gesetze beherrscht werden und die, zeitig zur Behandlung gelangt, in den meisten Fällen heilbar ist. Verf. fordert einen absoluten Zwang zur Unterbringung des Trunksüchtigen im Asyl, sobald derselbe beginnt, sich oder der Ruhe und Ordnung der Gesellschaft zu schaden. Nur dort kann die absolute Entziehung des Alkohols durchgeführt werden; die Hauptbehandlung soll in einer Ordnung der Lebensgewohnheiten mit militärischer Pünktlichkeit, in Regulirung der

Digitized by Google

Ernährung und methodischer Arbeit bestehen. Behandlung durch Brom, Chloral, Opium sind contraindicirt, sie schwächen nur den Organismus, dagegen ist Stärkung durch hygienische Maassregeln auf's Weitgehendste vorgesehen.

Zwang und Freiheit muss individuell vertheilt werden; in der Anwendung dieser Mittel treten drei verschieden zu behandelnde Klassen von Trunksüchtigen hervor:

1. Die erblich Veranlagten, deren geringe Begriffe von Pflicht, Recht und Unrecht eigen sind, die durch niedrige Leidenschaften und schwachen Willen oft bis zum Verbrechen geführt werden. Ihre Anlage bricht je nach Umständen in Verbrechen, Wahnsinn, Trunksucht, Vagabundiren aus. Dies sind die meist als Muster der Trunksüchtigen hingestellten, für unheilbar erklärten Kranken; meist bildet man sich die Ansicht über Trunkenbolde nach übertriebenen Typen dieser Gattung. Sie können nach den Gesetzen des Staats Connecticut auf drei Jahre zur Einsperrung ins Asyl und Arbeitshaus verurtheilt werden. Hier brauchen sie scharfe Disciplin, strenge Regulirung jeder Lebensthätigkeit; die Wiederherstellung ist nicht unmöglich, wenn nach jahrelangem Aufenthalte im Asyl eine vorsichtig gewählte Stellung für sie gefunden wird, wo sie frei von Versuchungen bleiben.

2. Leute, die die Opfer von Umständen und zufälligen Ursachen sind, Vertreter des Mittelstandes, die die Gehirnarbeit des Landes repräsentiren und die tüchtig gearbeitet haben. Die Erblichkeit ist nur in Seitenlinien vorhanden; körperliche Störungen, Neuralgien, Herz- oder Magenleiden, geistige Erschütterungen finden sich als Grundlage; von der Verführung schlechter Umgebung, Ueberarbeitung, Kummer beginnt das Trinken als Erleichterungsmittel. Diese Leute täuschen sich meist über ihre Kraft, dem Trunk nach Belieben zu widerstehen; sie werden schliesslich zu periodischen Trinkern, bieten jedoch auch im chronischen Stadium noch gute Prognose, wenn sie nur lange genug im Asyl bleiben, hier muss bei nicht allzusehr beschränkter Freiheit der Geist erzogen werden, die äusserste Regelmässigkeit der Pflichten zu beobachten, er darf nie unbeschäftigt sein. Auch nach der Entlassung aus dem Asyl brauchen sie eine Aenderung der Arbeit und ihre Lebensgewohnheiten.

3. Die dritte Klasse besteht aus Nachkommen von intelligenten Leuten; die Kranken haben gewöhnlich ein Talent, das ans Geniale oder an die Schwäche streift, dabei haben sie nie einen bestimmten Zweck bei einem Unternehmen. Es sind die grossen Extreme von Schwäche und Stärke; sie können sich unter den grössten Versuchungen zusammennehmen, suchen sich aber im Asyl auf's Maliciöseste den Alkohol zu verschaffen. Unähnlich den vorigen Klassen findet sich hier eine gewisse Methode in Rückfällen und Erholungen. Sie sind zuerst constante Trinker, später werden sie irreguläre und impulsive, frühzeitig tritt völlige geistige und leibliche Erschöpfung ein. Man findet meist schon in der Kindheit mangelhafte Erziehung, nervöse Ueberreizung, frühzeitig gebrauchten Wein bei unzureichender Ernährung. Bei Anstrengungen tritt leicht Erschöpfung ein, gegen die dann der Alkohol in Gebrauch gezogen wird. Diese Kranken brauchen besonders Ruhe, Regelmässigkeit der Umgebung und Individualisirung des Zwangs. Bei der Prophylaxe der Trunksucht giebt Verf. zu, dass nicht alle Ursachen entfernt werden können, da die Trunksucht z. B. bisweilen epidemieartig auftritt. Der Grund wird meist in der Kindheit gelegt, unzweckmässige Ernährung, Ueberfütterung oder einseitige mangelhafte Ernährung, schlechte Erziehung bewirken eine Ueberreizung des Nervensystems, die später zur Auffrischung des Trunks bedarf.

Er warnt vor dem Gebrauch des Alkohols überhaupt auch als Medizin bei nervösen Individuen. Sioli.

---

27) **Some hints relative to the prevention of nervous diseases** by John Curwen. (The Alienist and Neurologist. April 1882.)

Verf. giebt zwei Beispiele von perversen Charakteranlagen, die auf schädliche Einflüsse auf die Mutter während der Schwangerschaft sich zurückführen liessen. Ein

Digitized by Google

Geisteskranker aus den ersten Ständen, seit seinem zweiten Jahre paretisch auf einem Bein, hat stets einen besonders boshaften und heftigen Charakter gezeigt, ganz im Gegensatz zu allen Geschwistern. Seine Mutter schwebte, während sie mit ihm schwanger ging, in steter Angst, ihr Gatte würde von der Cholera inficirt, die damals herrschte. In einem andern Falle (von Robertson 1874 mitgetheilt) litt die schwangere Mutter an Cholera und gebar ein Mädchen, dass intensive sittliche Degeneration zeigte, während ihre elf Geschwister ganz normal waren. Aehnliche Einflüsse von Seiten des Vaters kommen wahrscheinlich nicht nur bei Gewohnheitstrinkern, sondern auch Gewohnheitsrauchern vor. Smidt.

---

28) **Ueber Kropf, Cretinismus und Idiotismus, mit besonderer Berücksichtigung der pfälzischen Rheinebene** von Dr. Hermann in Hagenbach. (Friedrich's Blätter für gerichtliche Medicin. 1882. Heft 2.)

Im zweiten Theile seiner Arbeit (über die historische Einleitung ist bereits in No. 6 d. Bl. berichtet) constatirt der Verf. eine sehr erhebliche Abnahme des Cretinismus in mehreren Bezirken der Pfalz, eine Thatsache, die er — allerdings ohne exakten Beweis — in Zusammenhang mit der gleichfalls verminderten Malaria (Smith Barton'sche Theorie) auf den fast beständigen Hochstand des Rheinwassers in dem letzten Jahrzehnt zu beziehen geneigt ist. — Dass Blutsverwandschaft der Eltern an sich zu Cretinismus führe, kann auch Verf. auf Grund genauer Erhebungen in Abrede stellen; aber die Erblichkeit desselben spielt eine bedeutende Rolle, und immer ist er angeboren. Wenn die Arbeit des Verf. auch nichts Neues zur Lösung der Cretinenfrage beibringt, so ist doch die genaue Ermittelung des Status praesens für viele Orte der Rheinpfalz von Wichtigkeit. Hadlich.

---

29) **Charactère, moeurs, état mental des hystériques** par Huchard. (Arch. de Neurol. 1882. Vol. III, p. 187.)

Die Arbeit ist ein Auszug aus einem grösseren Werke über die Neurosen, welches demnächst erscheinen soll. — H. meint, bei Beschreibung der sonderbaren Symptome der Hysterischen, ihrer „Anfälle", ihrer Sensibilitäts- und Motilitätsstörungen, ihrer „Visceralphaenomene" etc. würde die Beobachtung des geistigen Zustandes der Kranken allzusehr vernachlässigt. Und doch bilden die eigenthümlichen geistigen Eigenschaften der Hysterischen oft die einzigen Krankheitserscheinungen, während die Anfälle ganz fehlen oder doch erst später auftreten können.

Die Mobilität ist der Hauptzug im Charakter der Hysterischen. Mit unglaublicher Schnelligkeit wechseln die Neigungen, die Stimmungen, das subjective körperliche Befinden. — „Ataxie morale" nennt H. jene ungleiche Reaction auf die verschiedenen Anforderungen des Lebens, jenes Fehlen des moralischen Halts, jener Häufung der Contraste in ihrem Gemüthsleben. Ein weiterer Zug ist der Geist der Opposition, des Widerspruchs, der Streitlust. Ohne Intriguen, Beschwerden, anonyme Briefe, mit denen sie Zwietracht säen und Unruhe stiften, können sie nicht leben. Sie unternehmen Selbstmord und andere gefährliche Handlungen, oft in grotesken Schaustellungen, nur um Alles in Aufregung zu bringen und sich wichtig zu machen. In der Kunst der Verstellung, der Lüge, der Simulation sind sie Meisterinnen. (Nicht alle sind dabei so offenherzig wie jene hysterische Kranke Chomels's, welche ihm, nachdem er eine höchst interessante und genaue Krankengeschichte über ihre sonderbaren Symptome verfasst hatte, schliesslich sagte: „Von alle Dem ist kein Wort wahr, mein Herr!" — Leider!)

Im Gegensatze zu der sonstigen Flüchtigkeit ihrer Neigungen steht die grosse Hartnäckigkeit, mit der die Hysterischen oft an ihren Wahngebilden festhalten. Verificationen von Träumen spielen auch hier eine grosse Rolle. — Die meisten haben die Neigung zu romanhaften, galanten, selbst lasciven Aventuren. Andere sind ge-

Digitized by Google

schlechtlich unempfindlich. Viele lieben es, ihre Leidensgeschichte allen Leuten aufzutischen, alle Aerzte zu consultiren, alle Curen zu gebrauchen. Sie vergessen aber ihr Leiden ganz, wenn ein Fall, der sie interessirt, eine ernste Leistung von ihnen fordert. Wenn sie wollen, können sie Alles. Aber freilich: „Elles ne savent pas, elles ne peuvent pas, elles ne veulent pas vouloir.“ Hier muss der energische Wille Anderer eingreifen, darin besteht die beste Behandlung der Hysterischen. Der feste Wille heilt Lähmungen und alle Beschwerden in wenigen Minuten.

Die von H. gegebenen Andeutungen lassen auf ein interessantes Werk schliessen.

Siemens.

Therapie.

30) Ueber Hyoscyamin von O. Kretz. (Allgem. Zeitschr. f. Psych. Bd. 39. Heft 1.)

Verf. stimmt im Allgemeinen den Erfahrungen der bisherigen Beobachter über das Hyoscyamin bei. Er empfiehlt das Hyoscyamin in einer ganzen Reihe von schweren Psychosen, in denen alle anderen Sedativa im Stich lassen; besonders „in maniakalischen Exaltationszuständen, chronischen Manieen, periodischen und circulären Aufregungen“, besonders solchen, die durch Störungen auf sensiblem Gebiet genährt werden. In der Beruhigung der letzteren sieht er die Ursache der prompten Wirkung bei Schmierern, Masturbanten etc. Als contraindicirt bezeichnet er das Hyoscyamin bei lebhaften Sinnestäuschungen besonders des Gesichts.

Sioli.

---

31) The use of Atropine as a sedative by J. A. Gasquet. (Journal of mental science. April 1882.)

Verf. wandte in zwei Fällen von chronischer Manie mit lebhaftem Zerstörungstrieb und einem Falle von chronischer Verrücktheit mit erschreckenden Gehörshallucinationen Atropin an, nachdem er bei denselben vorher Hyoscyamin mit gutem Erfolg gebraucht hatte. Die Erregung werde nicht so vollständig bezwungen wie mit Hyoscyamin. Die Wirkung des Atropin schien rascher vorüberzugehen, doch befanden sich die Kranken besser, sie waren nicht so stuporös und niedergedrückt, wie nach dem Gebrauch des Hyoscyamin.

Smidt.

---

32) Eserine sulphate in Tetanus von Dr. Layton. (Ref. aus New-Orleans Med. Journ. March 1882 in the Chicago med. Review. 15. 4. 1882.)

Traumatischer Tetanus bei einem 11jährigen Knaben, mit Eserin. sulf. in Dosen von $^1/_{60}$ gran stündlich, in 28 Tagen geheilt. Im Ganzen 3 grain verbraucht.

M.

---

33) Sodium nitrite in the treatment of epilepsy by W. T. Law. (Practitioner. June 1882.)

29 Jahr alter Patient gebraucht gegen Epilepsie folgende Mittel mit dem beigefügten Erfolge:

Kal. bromat. und Ammonium brom.	$14^1/_2$	Wochen	28	Anfälle	Nachts		
Borax	$4^1/_2$	„	7	„	„	2	bei Tage
Bromide u. dazwischen Eisen u. Aloë	23	„	15	„	„	11	„ „
Er erhielt sodann Natr. nitricum in Dosen von 20 gran, und nun traten in	14	„	1	„	„	2	„ „

ein. Ausserdem besserte sich bei dieser Behandlung körperliches und geistiges Befinden in erheblicher Weise.

M.

Digitized by Google

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Clinical-Society of London. Sitzung vom 22. Mai 1882. (British med. Journ. 1882. Juni 3.)

Althaus theilt einen Fall von cerebrospinaler Lues mit. Acht Jahre nach der Infection erkrankte Patient an heftigen Kopfschmerzen, die plötzlich cessirten, als Aphasie und rechtsseitige Hemiplegie auftraten. Erstere ging bald vorüber, doch folgten sechs Monate später Blasen- und Mastdarmlähmung und Paralyse des linken Beins. Rigidität der gelähmten Glieder und enorm erhöhte Reflexerregbarkeit unter der Form der „spinalen Epilepsie". A. nimmt mit Rücksicht auf die nur kurze Dauer der Aphasie Thrombose peripherer Zweige der A. fossae sylvii durch syphilitische Endarteritis mit Herden in den Centralwindungen und consecutiver Sclerose der Pyramidenbahnen an.

Ord berichtet über folgenden Fall. Eine 53jährige Frau wird plötzlich ohne Bewusstseinsverlust von rechtseitiger Hemiplegie mit rechtseitiger Pupillenerweiterung und leichter rechtseitiger Gesichtsanästhesie befallen, später Defect im Wortgedächtniss, leichte Facialis- und Blasenparalyse. Retinitis albuminurica (?) ohne Albumin im Harn. Rascher Rückgang der Lähmung. Ein Jahr später unwillkürliche zitternde Bewegung des rechten Armes von den Fingern bis zur Schulter, ähnlich denen bei disseminirter Sclerose. Bei intendirten Bewegungen Steigerung des Zitterns (ca. 140 Mal in der Minute); Aufhören der Bewegung im Schlafe. Steifheit des rechten Beins mit erhöhtem Kniephänomen. O. schreibt diese posthemiplegischen Bewegungsstörungen ebenfalls einer descendirenden Spinalläsion zu. Smidt.

Aus der Manchester Medical-Society. Sitzung am 5. Mai 1882. (Ibidem. 1882. Juni 17.)

Dr. Wahltuch zeigt mehrere Fälle von Paralysen des Nervus facialis, verursacht durch Fall, des ulnaris, durch Erkältung, endlich eine Labio-glosso-pharyngeal-Paralyse, durch Schreck verursacht. P. erhielt vor drei Jahren die Nachricht vom Tode seines Sohnes, stammelte darauf, die Zunge wurde dick und schwer, endlich ganz gelähmt; Sprachvermögen schwand ganz, Deglutition erschwert. Später Contractur und Lähmung der linken Hand. Intelligenz intact.

Dr. Ross zeigt ein porencephalisches Gehirn und Rückenmark von einem dreijährigen Kinde. Intra vitam seit der Geburt Parese und Contractur aller Extremitäten und des Nackens, Sprachstörung; unbestimmt, ob Aphasie oder Anarthrie. Defect in beiden Hemisphären, entsprechend dem Sulcus Rolando, communicirend mit dem Seitenventrikel. Centralwindungen beiderseits nicht vorhanden. Vordere Pyramiden der Medulla oblongata und Pyramidenseitenstrangbahnen verhältnissmässig schmal, ohne Sclerose. Smidt.

Sitzungsbericht der Société médico-psychologique vom 27. Febr. 1882.

Note sur un cas d'hallucinations unilatérales de l'ouïe par Régis.

Ein junger Mensch hatte mit 13 Jahren in Folge einer Ohrfeige eine eitrige Mittelohrentzündung linkerseits acquirirt. Mit 16 Jahren hatte er einen schweren Typhus durchzumachen, wodurch er geistig abgeschwächt wurde und die körperliche Entwickelung stehen blieb. Anstatt der bisherigen vagen subjectiven Empfindungen in dem kranken Ohr traten jetzt bestimmtere — Wasserrauschen, Tropfenfallen, Gewehrknallen — auf, später hörte der Kranke deutlich articulirte Worte „voleur, souteneur", Alles linkerseits.

Trotz dieser deutlichen Hallucinationen blieb der Kranke sich völlig bewusst, dass die Gehörsempfindungen von dem kranken Ohr verursacht wurden, selbst als

Digitized by Google

die Hallucinationen so deutlich wurden, dass er sich heftig nach der Seite, aus der sie zu kommen schienen, umzudrehen pflegte. Zumal kam es nicht zu Verfolgungsideen. Die Behauptung des Vortragenden, dass der so Erkrankte nur an der Grenze der Geisteskrankheit stehe und noch nicht als psychisch alienirt zu betrachten sei, wurde in der an den Vortrag anknüpfenden Discussion jedoch berichtigt.

Auch die Auffassung R.'s, dass im vorliegenden Falle der Ausgangspunkt der Hallucination nicht in der Hirnrinde, sondern in dem erkrankten Sinnesorgan zu suchen sei, fand bei der Versammlung keinen Anklang. Jehn.

Aus der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten. (Sitzung vom 10. Juli 1882.)

Prof. Senator berichtet über einen Fall von Anästhesie des linken Trigeminus bei einem 39jährigen Mann. Sämmtliche Aeste waren getroffen; von dem dritten auch der motorische Theil, da Pat. den Kiefer links nicht so fest schliessen konnte und die Masseteren sich schlaffer anfühlten. Syphilis war nicht vorhanden gewesen. Der Vortragende bespricht dann eingehender drei Symptome des betreffenden Falles:

1) Die neuroparalytische Ophthalmie. Er erklärt sich gegen die einfach mechanische Erklärung dieser Ophthalmie. Der Lidschlag fehlte in diesem Falle durchaus nicht; von einer Austrocknung der Cornea durch Mangel desselben konnte also keine Rede sein. Wo übrigens solche Austrocknung stattfindet, wie bei der asiatischen Cholera, bei Kinderdiarrhöen, entsteht durchaus nicht das Bild der neuroparalytischen Ophthalmie; ebensowenig bei Facialislähmung, wo doch der Lidschlag fehlt. Auch der letztberichtete Fall von Erb (dieses Centralblatt Nr. 4) zeigt, dass Anästhesie des ersten Astes ohne Ophthalmie bestehen könne. Man habe den Zutritt der trophischen Fasern in das Gangl. Gasseri verlegt, durch den Fall von Hase, in dem die Ophthalmie bei einem intrapontinen Herd auftrat, sei dies zweifelhaft geworden.

2) Die evidente Betheiligung resp. Verlust des Geschmacks in diesem Fall lässt es nicht zweifelhaft, dass die Chordafasern intracraniell mit dem Trigeminus verlaufen (cf. dieses Centralbl. S. 73. 104. 149).

3) Der Fall erscheint endlich dadurch bemerkenswerth, dass in demselben intermittirend Gelenkanschwellungen (Kniegelenk, Fussgelenk) eintraten, die als Trophoneurosen zu betrachten sind. In dieser Beziehung würde der Fall der fünfzehnte sein, der bisher veröffentlicht ist.

In der sodann stattfindenden Discussion über den Vortrag des H. Binswanger, betreffend die Simulation von Geisteskrankheit, wurde bestritten, dass mehrere der angeführten Fälle in der That Simulanten gewesen seien und Simulation einzelner Symptome bei vorhandener Geisteskrankheit behauptet. M.

IV. Bibliographie.

Aus meiner psychiatrischen Wirksamkeit. Eine zweite Adresse an die praktischen Aerzte von Brosius. (Wiesbaden 1881.)

Diese zweite Adresse, welche sich im Inhalt im Ganzen an die erste anschliesst, ist einer der illustrirten Anstaltsberichte, in denen der Berichterstattung Krankengeschichten und kürzere Abhandlungen beigegeben sind.

Die Adresse ist an die praktischen Aerzte gerichtet; doch findet auch der psychiatrische Fachmann darin viel Anregendes und Beachtenswerthes.

Ein Anstaltsbericht eines Privatasyls, in welchem vorwiegend die höheren und

Digitized by Google

begüterten Stände Aufnahme suchen, wird nach der Natur der Pflegebevölkerung Mittheilungen über Krankheiten machen können, welche in den öffentlichen Anstalten seltener sind.

In der That betrifft die interessanteste Abhandlung des Büchleins jene an der Grenze der geistigen Erkrankung stehenden Zustände der Zwangsvorstellungen und der krankhaften Fragesucht, welche man allerdings wohl am häufigsten bei „den verwöhnten Kindern des Reichthums" antreffen wird. — Unter den mannichfachen, in der Brosius'schen Arbeit angeregten wissenschaftlichen Fragen sei hervorgehoben, dass angerathen wird, in Fällen, wo eine hereditär-familiäre Anlage zum Irrsinn nachgewiesen werden kann, von der Heirath selbst dann abzurathen, wenn das betreffende Individuum auch noch nicht geisteskrank war. Ist jedoch eine Anlage nicht nachweisbar, so solle man nicht von einer Heirath abrathen, wenn eine vorausgegangene Geistesstörung völlig gehoben ist.

Uebrigens misst B. dieser ganzen Frage nur einen theoretischen Werth bei. Die Heirath von Epileptikern wird unter Hinweis auf die bekannten Echeverria'schen Zahlen von der Vererbung der Fallsucht als durchaus verwerflich bezeichnet.

Weiterhin bespricht B. eine eigenthümliche, als „Irrsinn der Ehefrauen" bezeichnete Psychose, welche sich durch protrahirte traurige Verstimmung mit zeitweiligen rücksichtslosen Ausbrüchen hochgradiger Erbitterung gegen den Ehemann äussern, ohne dass greifbare, unzweifelhafte Wahnideen nachgewiesen werden könnten. Diese Fälle gehören zu den zweifelhaften und schwer rechtzeitig zu erkennenden, deren Unterbringung in geeigneten Anstalten begreifliche Schwierigkeiten hat. Verf. kommt später auf das hier interessirende Thema zurück: „Wohin mit den Geisteskranken, welche nicht in Irrenanstalten sollen?" und giebt geeignete praktische Rathschläge. —

Dem weiteren Rath, in Fällen frischer psychischer Erkrankung die Patienten möglichst zu schonen und in absoluten geistigen Ruhezustand zu bringen, d. h. ihnen Reisen und sogenannte Zerstreuungen ersparen zu wollen, den Ausführungen über die Fürsorge für die in häuslichen Verhältnissen befindlichen Irren und die Pflicht der Behörden, sich dieser anzunehmen, ferner dem Nachweis der Nothwendigkeit frühzeitiger Controle der Paralytiker wird jeder Irrenarzt zustimmen.

Weniger allgemein dürfte der Beifall der Fachleute gegenüber der vom Verfasser offen ausgedrückten „Geringschätzung" der pharmazeutischen Mittel in der Behandlung von Geisteskranken sein.

Darin wird dem Verf. ja Jedermann Recht geben, dass mit der kritiklosen Anwendung von Arzneimitteln, zumal Sedativen, im Beginn einer Psychose mehr Schaden wie Nutzen gestiftet werden kann.

Wenn hiergegen doch immer wieder gesündigt wird, so mag das mit der Schwierigkeit der Verhältnisse entschuldigt werden, welche der praktische Arzt in der ausseranstaltlichen Behandlung frischer Fälle findet; dies erkennt Br. selbst auch an.

Bedenklicher ist das Surrogat, welches B. für die verwerflichen pharmazeutischen Mittel anräth.

Ueber den gelegentlichen grossen therapeutischen Werth des Alkohols, welchen B. dafür substituiren möchte, kann ja kein Zweifel obwalten.

In der Verallgemeinerung des den praktischen Aerzten gegebenen Raths, dass bei Schwachen, durch Schlaflosigkeit, Abstinenz und Aufregung erschöpften Geisteskranken Bier und Wein in ziemlich grossen Dosen ohne alles Bedenken verabreicht werden solle, liegt denn doch die Gefahr, dass demnächst den Patienten Spirituosen als Schlaf- und Beruhigungsmittel mit dem nämlichen Ausserachtlassen stricter Indication gegeben werden könnten, wie bisher Morphium, Chloral, Bromkalium etc.

Das involvirt bei dem unbewussten Drange vieler Geisteskranken nach Reizmitteln die Gefahr, dass Mancher um so eher der Sklave des bald unentbehrlich ge-

Digitized by Google

wordenen Anregungsmittels werden wird, als es sich ja vielfach um schlecht genährte und wenig Nahrung nehmende Individuen handeln wird, die erfahrungsgemäss am ehesten zu Trinkern werden. —

Wie aber die Geister, die man rief, später wieder los werden? Soll denn die Neigung zu dem beruhigenden und tröstenden „Arzneimittel" nicht etwa die ärztlich gestellte Indicationsfrist, nicht etwa auch die ganze Krankheit überdauern können?

Die Analogie mit dem Morphiumabusus liegt hier nahe; Alcoholica werden schliesslich aber noch leichter zu beschaffen sein als Morphium. —

Schliesslich werden eingehend und unter Mittheilung von Krankengeschichten, die unter dem Namen der Zwangsvorstellungen und der krankhaften Fragesucht bekannten Krankheitsbilder beleuchtet, wobei B. seine Stellung dahin präcisirt, dass Zwangsvorstellungen, welche auch bei Geistesgesunden vorkommen können, erst durch die Dauer und die Fixirung der Vorstellungen als geistige Störung anerkannt werden dürfen.

Auch statuirt B. gegenüber den von Westphal als primär bezeichneten Zwangsvorstellungen die Genese solcher, welche auf emotiver Grundlage entstanden seien. An dem Beispiel jener Patienten, welche alles Papier, auch auf der Strasse gefundene Schnitzel, sorgfältig in Folge von Zwangsvorstellungen auflesen und sammeln, als wenn diese Papiere für sie einen drohenden oder compromittirenden Inhalt haben könnten, versucht B. den Nachweis, dass in solchem Falle es sich um irrsinnige oder schwachsinnige Individuen handeln müsse. „Denn der Glaube an die Gefährlichkeit der Papiere, deren Augenschein sie doch überzeugen können, dass sie es nicht mit einem gefürchteten Inhalt beschrieben haben, setzt doch voraus, dass sie gegen das Zeugniss ihrer Sinne die Papiere für gefährlich halten, daher solchen Abraum sammeln, sorgfältig bewahren oder vorsichtig verbrennen. Ohne den Glauben an die gefürchtete Möglichkeit müssten ihnen die Schnitzel doch gleichgültig sein." —

Verf. weist ferner nach, dass unter der Bezeichnung Zwangsvorstellungen ganz verschiedene klinische Krankheitsbilder beschrieben sind, theilweise mit ganz divergenter Form des Vorstellens.

Die Lectüre der interessanten Schrift kann nur empfohlen werden. Jehn.

V. Vermischtes.

In dem American Journal of insanity, April 1882, beschreibt William Goodell drei Fälle, in denen bei Psychosen die doppelseitige Ovariektomie gemacht worden ist, nur in einem Falle scheint dieselbe jedoch unmittelbaren günstigen Erfolg gehabt zu haben. Verf. knüpft hieran Betrachtungen über die Beseitigung der erblichen Anlage zu Geistesstörung, und sieht dieselbe — unzweifelhaft mit Recht — in der Kastrirung sämmtlicher an Geisteskrankheiten leidenden Männer und Frauen. Ob die Gesetzgebung Amerikas ihm zu diesem Behufe, wie er zu hoffen scheint, bald zu Hülfe kommen wird, dürfte vorerst wohl bezweifelt werden.

Das Brit. med. Journal vom 17. Juni 1882 bringt einen kurzen Bericht über ein Attentat auf Dr. Orange vom Broadmoor Asylum. Ein Rev. Dodwell, anscheinend an chronischer Verrücktheit mit Verfolgungsideen leidend, hatte schon vor einem Jahr mit einer blindgeladenen Pistole auf eine Gerichtsperson gefeuert, um die Aufmerksamkeit des Gerichtes auf die gegen ihn bestehende Verschwörung zu lenken. Da er damit seiner Meinung nach nicht hinreichend reussirte, glaubte er eine schwerere That begehen zu müssen und schlug Dr. Orange mit einem pfundschweren, in ein Schnupftuch gewickelten Stein über den Kopf. Dr. O. ist noch bettlägerig, soll sich aber verhältnissmässig wohl befinden. Smidt.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. August. No. 15.

Inhalt. I. **Originalmittheilungen.** 1. Ueber die Anordnung der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde und über ihr Verhalten bei der Dementia paralytica von **Tuczek.** (Schluss.) — 2. Die Jodoform-Intoxikation nach den bisher mitgetheilten Beobachtungen von **Hadlich.** — II. **Referate.** Experimentelle Physiologie. 1. Sur la détermination etc. des canaux semi-circulaires von **Laborde.** 2. Réflexions sur les phénomènes nerveux tels que vertiges etc. par **Bonnafont.** — Pathologische Anatomie. 3. Ueber Hämorrhagie und hämorrhagische Entzündung des kindlichen Ohrlabyrinths von **Lucae.** 4. Méningo-encéphalite chronique généralisée chez un enfant von **Bourneville u. Wuillamié.** 5. Note sur les altérations de la moëlle épinière etc. par **Pitres.** 6. Amputation du bras datant de onze ans. 7. A case of end arteritis with insanity and aphasia by **Mitchell.** 8. Case of idiocy etc. by **Shaw.** — Pathologie des Nervensystems. 9. On the assiociation of Tabes dorsalis with Syphilis by **Buzzard.** 10. Laryngisme de l'adulte ou Ictus laryngé par **Krishaber.** 11. Ueber eine eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern von **Fischer.** 12. Nähmaschinen als ätiologisches Moment der Tabes. 13. A case of tetany by **Russell.** 14. Note par **Raymond** et **Monnier.** 15. Ein casuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von den Halswirbelverrenkungen von **Koch.** 16. Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Tabes von **Pusinelli.** 17. Ueber Rückenmarkssyphilis von **Greiff.** 18. Zur Kenntniss der Recurrenslähmung von **Brieger.** 19. Radialislähmung von **Remak.** 20. Double Neuro-Retinitis: Total loss of vision. 21. On an „epileptic" condition of the centres, which control the nutrition of the body by **Young.** 22. Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie par **Marie.** 23. Menière's disease. 24. Pseudo-hypertrophic Paralysis by **Gairdner.** — Psychiatrie. 25. On the diagnosis and prognosis of idiocy and imbecility by **Ireland.** 26. Acute dementia occurring in an old man by **Hughes.** 27. On the effects of enteric fever in the insane by **Campbell.** 28. Ueber transitorische Albuminurie und Mellituric bei Delirium tremens von **Bumm.** 29. Zur Kenntniss der Psychosen bei Urämie von **Brieger.** 30. Morbus hypnoticus von **Drosdow.** — Therapie. 31. Ueber Trepanation beim Hirnabscess von **Rose.** 32. Jodoform gegen Diabetes von **Moleschott.** 33. De la maladie de Ménière etc. par **Nakachien.** 34. Neurectomieen des zweiten Astes des N. trigeminus von **Braun.** 35. Un cas de rage chez l'homme; guérison par pilocarpine par **Denis-Dumont.** — Forensische Psychiatrie. 36. The psychological aspect of the Guiteau case by **Mann.** 37. Simulation of insanity by the insane by **Kiernan.** 38. Wiederholte Verurtheilung eines Geisteskranken von **Kohn.** 39. Versuchter Selbstmord und versuchter Mord des Kindes von **Liman.** — Anstaltswesen. 40. Lunacy in England and Wales. — III. **Aus den Gesellschaften.** — IV. **Bibliographie.** — V. **Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Ueber die Anordnung der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde und über ihr Verhalten bei der Dementia paralytica.

(Schluss.)

Nachdem einmal feststand, dass ein grosser Theil dessen, was man als Grundsubstanz der Hirnrinde bezeichnet hat, aus wohlgebildeten, markhaltigen Nervenfasern besteht, war es von hohem Interesse, das Verhalten derselben bei

Digitized by Google

Rindenerkrankungen, besonders bei der Dementia paralytica kennen zu lernen — eine Untersuchung, die, da es eben an einer genügenden Methode fehlte, bei allen Arbeiten über die pathologische Anatomie der progressiven Paralyse bisher sehr dürftig ausgefallen war.

Ich habe in zwei Fällen von Dementia paralytica die Hirnrinde daraufhin untersucht und gebe im Folgenden meine Resultate in aller Kürze wieder.

I. E. S., Kaufmann, 32 Jahr, grosser, starker Mann, rec. 26. September 1881, gestorben 3. Mai 1882. — Zwei Jahre vor der Aufnahme stellten sich die ersten Spuren geistiger Schwäche sowie leichte Sprachstörungen ein. Im weiteren Verlauf Grössenideen, zeitweise stärkere Erregung, Sinken der Intelligenz auf die tiefste Stufe des Blödsinns, höchstgradiges Silbenstolpern, Verarmung des Wortschatzes bis zum terminalen Lallen. Facialiszittern, motorische Schwäche, erhöhte Haut und Sehnenreflexe, Contracturen, Abscesse, Decubitus.

Befund: Gewicht des Gehirns nebst Häuten und Oedemflüssigkeit der stark gefüllten Subarachnoidealräume = 1240 gr. Stirnhirn sehr reducirt, vorn schnabelförmig zugespitzt, Pia des Stirnlappens, der Centralwindungen und der vorderen Partie des oberen Scheitelläppchens leicht milchig getrübt, übrigens ohne Substanzverlust ablösbar. Die Windungen des Stirnhirns, besonders des vorderen Abschnitts, der III. (unteren) Windung und des Orbitaltheils sehr schmal und wie pockennarbig; Rinde schmächtig, links hochgradiger als rechts. Die Inselwindungen links ganz atrophisch auf schmale Kämme und Buckel reducirt, rechts sind sie von ansehnlicher Breite. Die Pars opercularis des Schläfelappens links kaum einige Millimeter dick, rechts etwas besser erhalten. Die Centralwindungen, die Windungen des Scheitel- und Hinterhauptlappens gut entwickelt.

Im Rückenmark: Körnchenzellenmyelitis der Hinterseitenstränge. Die nach der Exner'schen Methode zu verarbeitenden Rindenstücke wurden fünf Stunden nach dem Tode in Osmiumsäure gelegt und acht Tage später untersucht. Ich werde im Folgenden als I. Schicht die äussere Schicht (Meynert's Schichte der zerstreuten kleinen Rindenkörper, Neurogliaschicht, Stratum moleculare, zellenarme Schicht der Autoren) bezeichnen, als II. Schicht die der kleinen Pyramiden, als III. Schicht die der grossen Pyramiden.

1) Centralwindungen und Occipitallappen geben das normale, wohlgelungene Bild; nur erscheinen die Sammelbündel der III. Schicht, die nach dem Mark zustreben, schmäler als gewöhnlich.

2) III. Stirnwindung links, hinterer Abschnitt (Lob. Broca). Die I. Schicht erscheint als ein durch die Osmiumsäure umgefärbtes Band von feinfasriger Structur, am freien Rand verdichtet. Sie enthält massenhafte Spinnenzellen von bedeutender Grösse und mit reichlichen Fortsätzen, vielfach in Verbindung mit Gefässwandungen. Von markhaltigen Nervenfasern keine Spur; dagegen lassen sich aus der II. Schicht einzelne sehr feine dunkelrandige Nervenfasern bis nahe an die I. Schicht verfolgen. In der II. Schicht sind nur spärliche markhaltige Fasern von verschiedener Verlaufsrichtung aufzufinden. In der III. Schicht sind die Sammelbündel sehr schmächtig und bestehn meist nur aus wenigen Fasern.

3) Linker Stirnlappen, Orbitaltheil. In der ebenfalls ungefärbten I. Schicht begegnet man noch einzelnen sehr feinen, der Oberfläche parallelen Nervenfasern, denen an manchen Stellen ihres Verlaufs die Markscheide fehlt (Hartn. Imm. IX). In der II. und III. Schicht dasselbe Verhalten wie sub 2.

Digitized by Google

4) Insel links. Grosser Reichthum an Gefässen mit erweiterten Adventitialräumen und Körnchenzellen. Die I. Schicht hat ebenfalls die Osmiumfärbung mit angenommen und zeigt sich umgewandelt in ein fasriges Bindegewebe mit zahlreichen Spinnenzellen; von den Associationsfasern keine Andeutung. Auch in der II. Schicht von markhaltigen Nervenfasern nichts zu entdecken. In der III. Schicht sind stärkere Sammelbündel nicht vorhanden; man sieht nur einzelne schmächtige dunkelrandige Nervenfasern gegen die Marksubstanz hin verlaufen.

II. Chr. M., 33 Jahr, sehr kleine Frau aus den niederen Ständen, rec. 25. Mai 1882, gestorben 25. Juni 1882.

Viel häusliche Misere; seit $^1/_4$ Jahre sich steigernde Aufregung, Zerstörungssucht, Unreinlichkeit, Nahrungsverweigerung. Bei der Aufnahme skeletartig abgemagert, voll Wunden, knirscht mit den Zähnen, ist in deliriumartiger Aufregung mehr melancholischer Färbung. Erhöhte Reflexe, Fussclonus; alkalischer Urin, Pupillendifferenz. Coma, Lungengangrän.

Befund: Gewicht des Gehirns mit Häuten = 1090 gr. Pia über den Furchen zeigt hie und da leichte punktförmige Trübung, am Stirnlappen ist sie stellenweise fest adhärent. Makroscopisch keine auffallende Atrophie irgend eines Hemisphärenabschnitts. Ependym aller Ventrikel fein granulirt.

Im Rückenmark: Körnchenzellenmyelitis der Hinterseitenstränge. Die zu untersuchenden Rindenstücke wurden zwei Stunden nach dem Tode in Osmiumsäure gelegt und am fünften bis sechsten Tage untersucht. Die Präparate waren vortrefflich gelungen.

1) Vordere Centralwindung, Paracentralläppchen, Occipitallappen. Völlig normale Bilder; die Associationsfasern der I. Schicht reichen bis an die Oberfläche der Hirnrinde.

2) Linker Stirnlappen; vorderer Abschnitt der II. Windung. Die I. Schicht, ungefärbt, besteht ausschliesslich aus fasrigem Gewebe mit reichlichen, sehr grossen Spinnenzellen, die in deutlichem Zusammenhange stehen mit den körnchenzellenhaltigen Gefässwänden. Nur hie und da findet sich noch eine schmächtige dunkelrandige Nervenfaser. In der II. Schicht sind die sehr feinen, markhaltigen Fasern dünn gesäet, die Spinnenzellen noch sehr zahlreich. Die III. Schicht weist dicke Nervenfasern auf, die, in Bündeln gesammelt, dem Mark zustreben.

3) Broca'sche Windung links. In der I. Schicht der gleiche Befund; auch hier wieder nur ganz vereinzelte tangentiale Nervenfasern; in der II. und III. Schicht ist eine Abnahme der markhaltigen Fasern nicht zu constatiren.

4) Insel links. Die I. Schicht ist verarmt an Fibrae arcuatae, doch findet man in jedem Gesichtsfeld noch mehrere längs und quergetroffne Fasern. Die Neuroglia ist reich an Spinnenzellen. Der Gehalt der tieferen Schichten an markhaltigen Nervenfasern ist normal.

In dem älteren I. Fall sowohl als in dem II., einer frischen galoppirenden Dem. par. ergab sich sonach im Stirnlappen incl. Insel ein Schwund der markhaltigen Nervenfasern in der Rinde; beträchtlicher, und in allen Schichten nachweisbar im I. Fall, weniger hochgradig und auf das System der Associations-

Digitized by Google

fasern beschränkt im II. Die Atrophie in der I. Schicht bildet eine Ergänzung des Befundes von Mendel, der neulich in diesem Blatt (Nr. 3) einen Fall von galoppirender Dem. par. mittheilte, wo ebenfalls der Beginn der Erkrankung in der „Neurogliaschicht" nachzuweisen war. Das Wesentliche und Primäre dürfte aber nicht die „interstitielle Encephalitis" sein, sondern vielmehr der Untergang der markhaltigen Nervenfasern. Zunahme der Neuroglia und Entwicklung von Spinnenzellen wären demnach secundäre oder begleitende Prozesse, etwa wie bei der typischen Hinterstrangsklerose. Das häufige Vorkommen von Tabes neben der Dementia paralytica lässt schon an dieselbe Pathogenese denken, die ihren Ausdruck fände in Ernährungsstörungen gewisser Fasersysteme — infolge Ueberanstrengung oder sonstiger Schädlichkeiten — mit Ausgang in Atrophie. — Und wie bei der Tabes Stillstände und Besserungen vorkommen, die sich nur aus der Uebernahme der Function durch andere Bahnen erklären lassen, so könnte man für die Remissionen bei der Dem. par. an ähnliche Vorgänge denken. Wie sich in diesem frühen Stadium, wo bloss die Associationsfasern untergegangen sind, die Ganglienzellen der Rinde verhalten, müssen weitere Untersuchungen lehren. Ebenso wird nachzuweisen sein, ob nicht schon in dem allerersten Stadium der Dem. par., wo die höchsten ethischen Vorstellungen zu schwinden anfangen, jene Associationsfasern eine Veränderung erleiden und ob das Stadium der Erregung vielleicht mit dem Eintritt entzündlicher Erscheinungen zusammenfällt. Jenes Initialstadium entgeht eben häufig der Beobachtung, bis plötzlich ein Ausbruch heftiger Erregung den scheinbaren Beginn des Leidens darstellt und rasch zum Tode führt. Der Nachweis des Schwundes der in der Rinde verlaufenden Associationsfasern gerade im Stirnhirn und in der Insel bei der Dem. par. ist von ganz besonderem Interesse. Mit Recht verlegen wir in diese Rindenabschnitte das Vermögen der Sprache, einbegriffen alle Mittel graphischer und mimischer Mittheilung und Tradition. Die in diesen Rindentheilen verlaufenden Nervenfasern stellen die Bahnen dar, durch welche wir zu den Vorstellungen gelangen, welche nur durch die Sprache und ihre Substitute erworben werden können. Jede Vorstellung höherer Art, die in uns lebendig wird, lässt sich zurückführen auf eine Summe von einzelnen Elementarvorstellungen, die zum grossen Theil das Thor des Sprachorgans passirt haben. Werden die Associationsbahnen zerstört, so fallen die Verbindungen zwischen diesen Vorstellungen einfacher Art weg, und die complicirteren Vorstellungen können nicht mehr gebildet werden. Und da es gerade die höchsten ethischen Vorstellungen sind, die ausschliesslich durch die Sprache erworben und durch Verknüpfung der meisten Einzelvorstellungen gebildet werden, so müssen sie zuerst ausfallen, wenn ein Glied der Kette sich löst. So können wir uns die ethischen Defecte, die Gedächtnissschwäche, die intellectuelle Abnahme, die Aphasie der Paralytiker aus verschieden hohen Graden des Schwundes der Nervenfasern in der Rinde des Sprachorgans erklären. Dass die Verschmälerung der Rinde und die Gewichtsabnahme des Gehirns der Paralytiker zu einem wesentlichen Theil auf Atrophie der corticalen markhaltigen Nervenfasern zu beziehen ist, ist nicht unwahrscheinlich.

Digitized by Google

Ich verhehle mir nicht, dass wir erst am Anfang der Untersuchungen stehn, welche die genauere Kenntniss des Verhaltens der markhaltigen Nervenfasern in der Grosshirnrinde eröffnet, bin auch selbst mit der weiteren Bearbeitung dieses dankbaren Themas beschäftigt.

2. Die Jodoform-Intoxikation nach den bisher mitgetheilten Beobachtungen.

Von Dr. **Hadlich** in Pankow.

Da die Neurologen bisher die für die Chirurgie so brennende Frage der Jodoform-Vergiftung kaum nach eigenen Beobachtungen haben erörtern können, so dürfte die Zusammenstellung der meistens aus den chirurgischen Kliniken stammenden Beobachtungen über die toxischen Wirkungen dieses Medikamentes hier am Platze sein, selbstverständlich, soweit es sich um das nervöse respective psychische Gebiet handelt.

Literatur: Henry. Deutsche Med. Wochenschr. 1881. Nr. 34. — Gussenbauer. Prag. Med. Wochenschr. 1881. Nr. 33—35. — Schede. Centralbl. f. Chir. 1882. Nr. 3. — Höftmann. Ibid. Nr. 7. — Diskussion in der Berl. Med. Ges. d. 8., 15., 29. März. (Küster, Israel, Hirschberg, Steinauer.) Dtsche. Med. Ztg. 1882. Nr. 12 u. 14. — Beger. Dtsch. Ztschr. f. Chir. 1881. Bd. XVI. — Kocher. Centralbl. f. Chir. 1882. Nr. 14 u. 15. — Czerny. Wiener Med. Wochenschr. 1882. Nr. 6 u. 7. — Oberländer. Dtsche. Ztschr. f. pract. Med. Bd. XXXVII. — H. B. Sands. New-York med. record. 1882. Nr. 12. — Anders. Petersb. Med. Wochenschr. 1882. Nr. 17. — Bum. Wiener Med. Presse. 1882. Nr. 7 u. 8. — — J. Mikulicz. Arch. f. Chir. 1882. Nr. 14. — Podraczky. Allg. Wiener Med. Ztg. 1882. Nr. 6. — Behring. Dtsche. Med. Wochenschr. 1882. Nr. 20 u. 21. — Die wichtigste Arbeit ist König's Zusammenstellung von 48 Fällen in dem Centralbl. f. Chir. 1882. Nr. 7, 8 u. 17.

Ueberblicken wir diese Mittheilungen, so tritt unzweifelhaft ein ziemlich charakteristisches Bild der Jodoform-Intoxikation aus denselben uns entgegen. Aber es fehlt noch viel, um sicher die einzelnen Linien dieses Bildes ziehen zu können. Da die Beobachtungen meistens an Operirten, an oft ohnehin schwer Kranken gemacht sind, so sind die Symptome der Vergiftung oft sehr schwer aus dem Gesammtkrankheitsbilde zu isoliren.

Eine toxische Dosis ist nicht festzustellen. In einem Falle wirkt ein Gramm giftig, während oft 100—200 Gramm ohne Schaden angewendet werden.

Temperaturerhöhung gehört nicht nothwendig dazu, schwere, sogar tödtliche Fälle verlaufen ohne sie; doch wird auch nicht selten angegeben, dass sie bis 40° und mehr betragen habe.

Der Urin zeigt sehr oft (es finden sich nicht überall Angaben) Jodreaction; in einzelnen Fällen (König, Fall 26 und 30; Höftmann, Fall 1; Kocher Fall S.) enthielt er Eiweiss, dessen Fehlen andererseits (Czerny) besonders erwähnt wird.

Digitized by Google

Ein papulöses, scharlachrothes Exanthem wird mehrfach (König, 40 u. 44) notirt, Erbrechen ziemlich häufig.

Uebereinstimmend lauten die Angaben über den Puls: er wird klein, leicht unterdrückbar, sehr frequent, 110—180, bis zur Unzählbarkeit.

Ueber die Pupillen wird bei Höftmann (2), bei König (31 und 34) und bei Czerny (beide Fälle) angegeben, dass sie stark verengt waren; dagegen bei König (32 u. 42), bei Kocher (Fall Roth), bei Anders, bei Küster (16jähr. Mädchen, wo gleichzeitig Amaurose auftrat) und endlich bei Mikulicz (9jähr. Mädchen), dass sie stark erweitert waren.

Das geht ferner auch aus Allem bestimmt hervor, dass das höhere Alter der Intoxikation, nach Zahl und Schwere, besonders ausgesetzt ist. Nach König waren von 47 Kranken nur 15 unter 35 Jahre, dagegen 22 über 50 Jahre alt; von 13 schweren, resp. tödtlichen Fällen kamen neun auf die Altersklasse über 50 Jahre.

Die Zeit des Eintrittes der Intoxikation nach der Applikation des Jodoform ist ganz unbestimmt. Denn in den allein hier brauchbaren Fällen, wo das Jodoform nur ein Mal vorher angewendet wurde, traten die Vergiftungserscheinungen ein: nach 1 Tage, nach 2, nach 2—3, nach 4, 6—7, 8, 8—9 Tagen, vielleicht noch später.

Was nun die psychischen Symptome der Jodoform-Intoxikation anbelangt, so scheint mir das Wesentlichste die immer wiederkehrende Verwirrtheit zu sein, die dann sehr oft eine unruhige, angstvolle ist. — In ganz leichten Fällen tritt sie allerdings weniger hervor, die betreffenden Patienten sind nur verstimmt, zum Weinen geneigt, manchmal ausgesprochen melancholisch. — Bei stärkeren Graden des Leidens dagegen ist die Verwirrtheit sehr auffällig, die Kranken sind wie abwesend, starren ins Leere, kennen ihre Umgebung nicht, sind schwer oder gar nicht aufzurütteln.

Gepaart ist diese Verwirrtheit in den meisten Fällen mit einer angstvollen Unruhe. Delirien von anscheinend schrecklichem Inhalte, oft wahrscheinlich auch Hallucinationen veranlassen die Kranken, aufzuspringen: sie wollen fliehen, sich zum Fenster hinaus, ins Wasser stürzen. In diesem Drange werden sie oft aggressiv und toben in heftiger Weise.

Solche Zustände treten oft ganz plötzlich auf (König 5, 6, 10 u. a.) und zwar besonders häufig des Nachts, und manchmal wechseln ruhige Tage und unruhigste Nächte wiederholt ab. Die Kranken kommen nach den Anfällen, welche einige Stunden oder Tage dauern, entweder plötzlich, wie aus einem Traume, zu sich, oder ganz allmählich, und wissen in der Regel gar nichts von dem Geschehenen.

In anderen Fällen ist die Verwirrtheit überwiegend, die angstvolle Unruhe geringer. Dann werfen sich die Kranken im Bett umher, reden wirres Zeug oder schreien, zupfen und reissen. Die Sprache ist dabei oft undeutlich oder behindert, es werden einzelne Sätze oder Worte immerfort wiederholt; auf alle Fragen wird immer nur dieselbe Antwort gegeben, z. B. „ich bin so ängstlich“ oder „ich bitte Sie, ich bitte Sie“.

Digitized by Google

In langsamer verlaufenden Fällen, wo die Intoxikation geringer ist, ist auch die Verwirrtheit unvollständiger und der Kranke mehr oder weniger orientirt. — Wenn aber, meistens nach Anwendung sehr grosser Dosen, die Intoxikation von Anfang an sehr schwer ist, dann zeigt sich nur eine mässige und rasch vorübergehende Unruhe, auf welche bald eine tiefe Benommenheit, zeitweise von ganz verwirrtem Toben unterbrochen, folgt. Die Kräfte nehmen in solchen Fällen schnell ab, es tritt Coma und unter den Erscheinungen der Herzparalyse der Tod ein.

Bei langsamerem Verlaufe bildet sich aus anfänglicher Appetitlosigkeit nicht selten eine hartnäckige Nahrungsverweigerung aus.

So das ziemlich typische Krankheitsbild in seinen dem Grade nach verschiedenen Ausprägungen.

Abweichend sind die Fälle schwerer Art, wo zu der schnell eingetretenen Bewusstlosigkeit spastische Symptome kommen: Nackenstarre, klonische Krämpfe, der Gesichtsmuskeln, klonische und tonische Krämpfe in den Extremitäten, besonders Beugecontractur der Arme, kahnförmig eingezogener Leib. Diese Form findet sich zwar auch bei Erwachsenen (Czerny, erster Fall; Henry, erster Fall), häufiger jedoch bei Kindern (s. König). Bei diesen Letzteren ist überhaupt das Gesammtbild meist abweichend von dem der Erwachsenen, es ist dem der Meningitis ähnlich; anstatt der Schlaflosigkeit der Erwachsenen besteht Schlafsucht, Kopfschmerz, häufiges Aufschreien, mässige Unruhe beim Erwachen und oft Erbrechen.

Einmal (König 48) wurde ein epileptoider Anfall verzeichnet. — Paralysen fehlen.

Nur ganz kurz sei noch erwähnt, dass auch hinsichtlich der Erklärung der Intoxikationserscheinungen die Ansichten noch sehr auseinander gehen. Während viele Autoren das Jod (freies Jod, da Jodnatrium nach Binz und nach Bohm und Berg das Nervensystem nicht afficirt) anschuldigen, weisen Czerny und Kocher nur dem Jodoform selbst die Schuld zu. Behring macht den bei dem jetzigen Material mindestens als verfrüht zu bezeichnenden Versuch, die Symptome der Jod- und der Jodoform-Intoxikation zu trennen, und in den einzelnen Fällen nachzuweisen, wo Jod, wo Jodoform und wo beide Mittel zugleich die Vergiftung bewirkten. Bernatzik und Rilliet (in Eulenburg's Realencyclopädie Bd. VII S. 236) stellen für den „Jodismus" einen Complex von Symptomen auf, der wenigstens in sehr vielen Punkten die Erscheinungen auch der Jodoform-Intoxikation erklärt.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Sur la détermination expérimentale et morphologique du rôle fonctionnel des canaux semi-circulaires** von Laborde. (Compt. rend. de la Soc. de Biol. Séance 10 Juin 1882.)

Nach einer längeren literarischen Uebersicht (Flourens, Purkinje, Goltz, Cyon, Löwenberg, Baginsky u. A.) theilt Verf. die Ergebnisse seiner eigenen

Digitized by Google

Experimente mit. Er fand bei Verletzung der Halbzirkelcanäle — gleichgültig, welches derselben — constant eine Gleichgewichtsstörung des Kopfes, und fast gleichzeitig auch des ganzen Körpers, eine Hinneigung nach der verletzten Seite; bei den Bemühungen des Thieres, die normale Haltung zu gewinnen, trat ein Oscilliren nach der betreffenden Seite hin auf. Das Gehen resp. Fliegen war demgemäss fehlerhaft. Dabei war manchmal auch eine Neigung nach vorn oder nach hinten vorwiegend, aber ohne dass man dabei ein festes Verhältniss zur Verletzung eines einzelnen der drei Canäle constatiren könnte.

Ganz genau dieselben Functionsstörungen fand L. nun bei Verletzung des Corpus restiforme (crus cerebelli ad Med. oblongatam), die er mit Mathias Duval zusammen ausführte.

Dass andererseits nur die Halbzirkelcanäle, nicht die anderen Theile des inneren Gehörapparates bei den in Rede stehenden Störungen betheiligt sind, zeigte der Versuch, in welchem ausschliesslich die Schnecke zerstört wurde: es traten danach keinerlei Bewegungsstörungen ein.

Es handelt sich also nur um die zu den Ampullen gehörigen Aeste des N. acusticus. Diese will L. in Gemeinschaft mit M. Duval in das Corp. restiforme bis zu einem Kerne motorischer Zellen verfolgt haben; ein Theil verläuft direct mit den Fasern des Corp. restiforme in das Cerebellum.

Durch diese Verbindung nun, meint L., werde auf reflectorischem Wege von den sensitiven (Gehörs-)Eindrücken aus der Complex von Bewegungen ausgelöst, durch welchen die Gleichgewichtshaltung des Kopfes und Körpers (unbewusst also) hergestellt wird. Hadlich.

---

2) **Réflexions sur les phénomènes nerveux tels que vertiges, titubations, manque d'équilibre etc. généralement attribués aux canaux semi-circulaires, pouvant également être produits par la simple pression de la membrane du tympan et de la fenêtre ovale** par Dr. Bonnafont. (Annales des mal. de l'oreille, du larynx etc. 1882. t. VIII. p. 9.)

Der Titel ergiebt den Inhalt. Sowohl bei dem durch pathologische Prozesse erzeugten, wie auch bei dem experimentell ausgeübten Druck auf das Trommelfell resp. das Fenest. ovale hat Verf. Schwindel u. s. w. auftreten sehen; es kann dies sogar schon geschehen bei krankhafter Contraction der Muskeln der Gehörknöchelchen. Hadlich.

Pathologische Anatomie.

3) **Ueber Hämorrhagie und hämorrhagische Entzündung des kindlichen Ohrlabyrinths** von Prof. Lucae. (Virch. Arch. LXXXVIII. 3. S. 556—576 und Taf. X.)

Die zahlreichen Fälle plötzlicher vollständiger Taubheit, die, theils im Gefolge der Meningitis und Cerebrospinalmeningitis, theils als Symptom der „Ménière'schen Krankheit bei Kindern in den ersten Lebensjahren auftreten, waren bisher anatomisch unaufgeklärt. Verf. fand nun bei einem $3^1/_2$jährigen Kinde, das im Verlauf einer tuberculösen Meningitis plötzlich von beiderseitiger völliger Taubheit befallen worden war, einen Bluterguss in die verticalen knöchernen Bogengänge beiderseits. Es liess sich nachweisen, dass die Entzündung sich durch Vermittlung des gefässführenden Durafortsatzes, welcher unter dem oberen Bogengange in das Felsenbein dringt, auf die Spongiosa des letzteren fortgeleitet hatte; von hier griff sie auf die Gefässe über, welche die Markräume mit der Innenwand der Bogengänge verbinden, und es kam schliesslich in den Bogengängen selbst zu einer hämorrhagischen Entzündung. Weitere

Digitized by Google

Untersuchungen an kindlichen Labyrinthen lehrten den Verf., dass bei Neugebornen die beiden verticalen Bogengänge fast vollständig frei liegen und erst später sich mit Knochengewebe umgeben, welches für die Ernährung des Labyrinths eine bedeutende Rolle spielt; die Dura fungirt dabei als Periost und jener Gefässstrang ist für die Zufuhr von Ernährungsmaterial für die Pyramiden von grösster Wichtigkeit. Diesem Umstand und der häufigen Erkrankung der Schädelhöhle ist die grosse Vulnerabilität des kindlichen Labyrinths zuzuschreiben, welche so verhängnissvoll ist für die drohende Taubstummheit. Tuczek.

---

4) **Méningo-encéphalite chronique généralisée chez un enfant** von Bourneville und Wuillamié. (Arch. d. Neur. No. 9.)

Ein zwölfjähriger Knabe, frei von Tuberculose, litt vom dritten bis zum achtzehnten Lebensmonat an Convulsionen und entwickelte sich dann normal. Im vierten Jahre traten aufs neue epileptische Krampfanfälle auf, die vorwiegend die linke Seite befielen, anfangs monatlich einmal, später viel öfter sich wiederholten und vorübergehende linksseitige Parese zurückliessen. Vierzehn Monate vor dem Tode entwickelte sich im Anschluss an einen Krampfanfall unter meningitischen Erscheinungen totale linksseitige Hemiplegie mit Ausgang in Contractur. Die Intelligenz sank rasch bis zu einem tiefen Grade des Blödsinns. Monatelange profuse Diarrhöen, phlegmonöse Entzündungen und Abscesse, schliesslich Decubitus, führten den Tod in höchstgradigem Marasmus herbei. Befund: Rechte Hemisphäre beträchtlich kleiner und leichter als die linke; diffuse Meningo-encephalitis der gesammten Convexität; während aber an der linken Hemisphäre und dem rechten Schläfelappen die Pia nur hier und da so fest haftet, dass bei Versuchen, sie abzuziehen, Rindensubstanz mitfolgt, lässt sich rechterseits fast an der ganzen Convexität und an der Innenfläche die ganze Rinde im Zusammenhang mit der Pia dergestalt abschälen, dass ein Skelett von atrophirter und indurirter weisser Substanz zurückbleibt.

Diese eigenthümliche Trennbarkeit der grauen und weissen Substanz hat zuerst Baillarger bei Paralytikern beschrieben; die Verff. sind ihr an kindlichen Idiotengehirnen wiederholt begegnet, nie aber in so hohem Grade. Tuczek.

---

5) **Note sur les altérations de la moëlle épinière rencontrées dans un cas de pied bot varus équin** par Pitres. (Arch. de Neur. No. 9.)

Bei einem 73jährigen Manne mit angeborenem Klumpfuss und Atrophie der ganzen betreffenden Unterextremität fand sich Atrophie des Vorderhorns und der vorderen Wurzeln derselben Seite in der Höhe der Lumbalanschwellung.

Tuczek.

---

6) **Amputation du bras datant de onze ans. — Atrophie très accentuée des circonvolutions frontales et pariétales ascendantes du côté opposé à la lésion.** (Progr. méd. 1882. No. 24.)

Ein 31jähriger Mann, der im elften Lebensjahre den linken Arm und zwei Finger der rechten Hand verloren hatte, starb an tuberculöser Meningitis. Es fand sich an der rechten Hemisphäre eine bedeutende Atrophie der motorischen Region, besonders des mittleren Abschnitts der vorderen Centralwindung. Tuczek.

---

7) **A case of end arteritis with insanity and aphasia** by R. B. Mitchell. (Journ. of mental science. July 1882.)

Mitchell's Mittheilung hat besonders in ihrem microscopischen Theile Interesse. Die Krankengeschichte ist kurz folgende. Die 40jährige Patientin erkrankt unter

Digitized by Google

einem allmählich sich verschlimmernden an Dementia paralytica errinnernden Krankheitsbild. Hauptsymptome von Seiten der Sprache: Atactische und amnestische Aphasie, anfangs nur einfach undeutliche, „trunkene" Sprache. Bewegungsapparat: Parese sämmtlicher Extremitäten, mit stark ausgeprägtem Tremor und Ataxie. Sehnenreflexe erhöht, Zungenbewegungen behindert, fibrilläre Zuckungen in den Gesichtsmuskeln, Pupillendifferenz, Schwachsinn, Tod durch decubitus und allgemeine Schwäche. Die microscopische Untersuchung ergab neben ausgebreiteter Ganglienzellenatrophie in Bezug auf deren Details auf das Original verwiesen werden muss, reichliche miliare Sclerosenherde in den Windungen, besonders in deren weisser Substanz meist in der Nähe der Gefässe, ja dieselben hie und da comprimirend, $^1/_{100}$ Zoll gross und kleiner, die sich mit Carmin nicht färbten. Aehnliche Herde im Cerebellum, Pons und Dorsalmark. Bindegewebshypertrophie in den hintern Goll'schen Strängen. Ausserdem fand V. eigenthümliche Körper, von maulbeerartiger Configuration, die aus Elementen zusammengesetzt waren, die er für identisch mit Amyloidkörperchen hält. Sie färbten sich intensiv mit Carmin, fanden sich stets in der Nähe von Gefässen und zwar hauptsächlich in der untersten grauen Rindenschicht und den darunter liegenden Marklagerschichten, sowie im Corpus striatum. V. ist geneigt, sie für proliferirte Kerne an der Stelle eines obliterirten Gefässes zu halten. In der Discussion wandte sich Batty Tuke und Verf. gegen die angebliche Ansicht Savage's, dass die miliare Sclerose Alcoholproduct sei. — Ausserdem wurde die Richtigkeit der Diagnose „Allgemeine Paralyse" angezweifelt. Smidt.

---

8) Case of idiocy with paralysis and congenital aphasia; Atrophy of convolutions by James Shaw. (Journal of ment. science July 1882.)

Krankengeschichte und Obductionsbefund eines 18jährigen Idioten. Hauptsymptome intra vitam: Beugecontractur beider Beine und des rechten Armes mit Paralyse, nur die rechten Finger können etwas bewegt werden. Beschränkung der Bewegung im linken Schultergelenk, aber freie Bewegung des linken Vorderarms, Hand- und Finger. Abmagerung aller Glieder. Allgemeine Wachsthumshemmung. Hautsensibilität erhalten. P. kann hören und sehen, statt der Sprache nur unarticulirte Laute. Zeigt Freude und Aerger, anhänglich an gewisse Mitpatienten, kennt seinen Namen „Georgie". Tod in Folge von Lungenphthise. Hirnbefund: Arachnoidea opak, Cerebellum im Verhältniss zum Grosshirn gross. Gewichte (ohne Membramen): Linke Hemisphäre 275,80 gr., Rechte Hemisphäre 338,40 gr., Linke Kleinhirnhälfte 64,68 gr., Rechte Kleinhirnhälfte 65,00 gr, Pons und Medulla 21,66 gr., Totalgewicht 763,62 gr. Linke Hemisphäre: Hintere Centralwindung bis auf $^3/_4$ Zoll am obern Ende bandartig atrophisch, kurz, vordere Centralwindung an einer ca. $^1/_2$ Zoll langen Stelle atrophisch. Ganze dritte Stirnwindung atrophisch, ebenso ein Theil des untern Astes der zweiten Stirnwindung. Vordere Hälfte der ersten Schläfenwindung sehr atrophisch, ebenso die vordere Hälfte der zweiten Insel in Folge davon abnorm exponirt. Rechte Hemisphäre: hintere Centralwindung auf Zolllänge bandartig atrophisch, übrige Windungen mit Ausnahme der Occipitalwindungen viel massiver als links. Ebenso Centralganglien, crus, pons und Pyramiden rechts stärker entwickelt, als links. Es entspricht somit der Gehirnbefund ziemlich genau den Symptomen intra vitam. Smidt.

Pathologie des Nervensystems.

9) On the assiociation of Tabes dorsalis with Syphilis by Buzzard. (The Laucet. 10. Juni 1882.)

Der inhaltreiche klinische Vortrag B.'s über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis erinnert zunächst an die mannigfachen Wandlungen der patho-

Digitized by Google

logischen Anschauungen über diese vielumstrittene Frage, von denen Verf. selbst nicht frei blieb, indem er im Jahre 1871 die Tabes geradezu als eine tertiäre luetische Nervenerkrankung bezeichnet hatte, in seiner 1874 erschienenen Abhandlung „über syphilitische Nervenerkrankungen" aber, durch seine therapeutischen Misserfolge zweifelhaft geworden, die Hinterstrangsclerose völlig ausschied.

Von pathol.-anatom. Standpunkte bekennt sich B. zur Lehre von der secundären Atrophie der Nervenelemente bei der Tabes durch Erkrankung der ernährenden Gefässe und des interstitiellen Gewebes und hält ein strenges Festhalten der Grenzlinien zwischen der echten „systematischen" Tabes und gewissen secundären Hinterstrangserkrankungen nach acuten Affectionen der Meningen und des R. M. für unthunlich. Schon der alltägliche Befund alter Pia-Verdickungen bei der Hinterstrangsclerose, mehr noch aber die so wechselnden sensiblen Reizerscheinungen in dem klinischen Bilde der Tabes legen nach Verf. die Annahme nahe, für manche Fälle in localisirten transversalen Prozessen ihren ursprünglichen anatomischen Ausgangspunkt zu suchen, und dies selbst dann, wenn diese primären Entzündungsheerde nach Jahren durch die anatomische Untersuchung makroskopisch nicht mehr nachzuweisen sind. Eine Reihe interessanter Krankenbeobachtungen, bei denen theils die von B. als „meningitisch" aufgefassten Symptome (Schmerzhaftigkeit bei Bewegungen des Rückens, Druckempfindlichkeit der Wirbelsäule, Gürtelgefühl) in dem klinischen Bilde hervortreten, theils auch anatomisch die Entwickelung einer typischen Hinterstrangsclerose nach acuten Querschnittserkrankungen constatirt werden konnte, bilden die thatsächlichen Grundlagen seiner Anschauung. Abgesehen von einigen kurz mitgetheilten Fällen von hervorragend starken sensiblen Wurzelerscheinungen bei anerkannt luetischen Tabikern dürften bes. zwei Beobachtungen ausführlichere Wiedergabe verdienen:

Ein Jahre lang in B.'s Behandlung stehender 45jähriger Mann acquirirte 1870 Schanker mit consecutiver Rachenentzündung.

Febr. 1875. Lähmung des linken Oculomotor. Leistendrüseninfiltration. Rasche Heilung unter Jod- und Hg-Gebrauch.

Juli 1875. Hochgradige Parese beider Beine mit unvollkommner Anaesthesie der unteren Körperhälfte bis zum Niveau des siebenten Brustwirbels. Zwischen vierten und siebenten Brustwirbel Wirbelsäule auf Druck und spontan, sowie bei Bewegungen sehr schmerzhaft. Zuckungen der Beine. Mastdarm und Blasenschwäche bis zur zeitweiligen Incontinenz. Impotenz. Allmähliche bedeutende Besserung unter Hg-Gebrauch. Seebadekur.

Nov. 1877. Lähmung des rechten Oculomotor. Heftiger Stirnkopfschmerz. Etwas wankender, übrigens unbehinderter Gang; Arme frei, etwas Druckempfindlichkeit am siebenten Brustwirbel. Sphincterenschwäche unter Jodgebrauch. Heilung der Augenmuskellähmung in vier Wochen.

October 1878. Typische Tabes. Seit Wochen heftige lancinirende Schmerzen. Exquisit ataktischer Gang. Anästhesie bis zu den Knieen herauf. Muskelgefühl aufgehoben. Patellarreflexe erloschen. Diplopie durch Parese des linken Abducens. Myosis. Atrophie des linken Opticus.

Die epikritische Deutung des Verf. nimmt an, dass bei dem Patienten auf der Basis des früheren meningitischen oder myelitischen Prozesses eine propagirte Hinterstrangsclerose sich etablirt habe.

Ein weiterer Fall betrifft eine 45jährige Frau, die fast complet paraplegisch mit Anästhesie bis zur zweiten Rippe herauf, hochgradig atrophischen Beinen, Blasen- und Mastdarm-Incontinenz in Verfassers Beobachtung kam, und die gleichzeitig in den Bewegungen der sehr abgemagerten Arme so hochgradige Ataxie darbot, dass sie kaum noch sich selbst nähren konnte.

Pat. erlag sechs Monate später einem rapid fortschreitenden Decubitus.

Die Anamnese stellte fest, dass die verheirathete Pat. unzweifelhaft syphilitisch

Digitized by Google

gewesen war, an Rachengeschwüren und Defluvium capillorum gelitten, von neun Kindern fünf früh an „Krämpfen" verloren, ein sechstes todt geboren hatte.

Ein Jahr vor ihrer Aufnahme hatte sie heftige, schiessende Schmerzen in beiden Beinen bekommen, und war fast gleichzeitig mit der Lähmung der letzteren die aufsteigende Anästhesie, Incontinenz und die Ataxie der oberen Extremitäten eingetreten.

Post mortem. Makroskopisch: Meningen frei, graue Degeneration der Hinterstränge. Mikroskopisch: Durchgehende Hinterstrangsclerose. In der Cervicelanschwellung hochgradige Degeneration der Goll'schen Stränge, des hinter der Comissura post. gelegnen Faserfeldes und der „Zones radiculaires". Hintere Wurzeln zum Theil von Bindegewebswucherungen durchsetzt.

Gefässwandungen verdickt. Perivasculäre Räume erweitert und mit coagulirten Massen erfüllt. Im oberen Halsmark in den Hintersäulen Kernreichthum, Ganglienzellen abgerundet; auf der einen (welcher?) Seite ohne Fortsätze, geschrumpft. In den Goll'schen Strängen einzelne „hypertrophische" Axencylinder. Schrumpfung der äusseren Gangliengruppe in der einen (welcher?) Vordersäule.

Aehnliche Veränderungen im Brustmark, der Lendenanschwellung, wo neben der Affection der Vordersäulen auch die vorderen Wurzeln erkrankt waren.

Wenn derartige anatomische Erfahrungen es dem Verf. schwer machen, sich der Lehre von der primären systematischen Atrophie der Hinterstränge bei der Tabes anzuschliessen, so findet er von seinem pathologisch-anatomischen Standpunkte keine Schwierigkeit darin, ein so häufiges ätiologisches Moment meningo-myelitischer Herderkrankungen wie die Lues auch als Grundlage einer fortschreitenden Hinterstrangsclerose anzuerkennen.

Die statistischen Erhebungen B.'s, denen er übrigens nur approximative Genauigkeit vindicirte, konnten in 25 von 53 Fällen (also in circa 47 %) Lues in der Vorgeschichte der Tabiker feststellen, so dass eine Zusammenstellung seiner Statistik mit denen von Fournier und Erb in 76 von 127 Fällen, also in 59·8 % Syphilis bei Tabikern ergeben würde.

Zum Schluss würdigt B. die grossen Schwierigkeiten, welche der Beantwortung der Cardinalfrage — nach der Existenz eines innern Zusammenhangs zwischen Lues und Tabes sich darbieten und der mannigfachen Complicationen, welche in dieser Hinsicht das Urtheil irre zu führen vermögen.

Abgesehen von der gewiss unbestrittenen Thatsache, dass sexuelle Excedenten luetischen Infectionen in hervorragender Weise exponirt sind, kann bei der Unvollkommenheit unserer Diagnostik der ganz initialen Symptome der Tabes die Möglichkeit nicht von der Hand gewiesen werden, dass ein bereits an Tabes Erkrankter sich mit Syphilis inficirt und so zu irrigen Schlussfolgerungen Veranlassung giebt.

Zudem muss die differentielle Diagnostik der „luetischen" Tabesformen von vornherein mancher unterstützenden Momente entrathen, welche sonst bei luetischen Nervenaffectionen aller Art von Belang sind, vor Allem also der Folgerungen aus dem Alter des Patienten.

Bezüglich des Geschlechts der an Tabes Erkrankten wird die altbekannte Thatsache von der eminenten Präponderanz des männlichen Geschlechtes auch von B. hervorgehoben. Er hat unter hundert Tabikern nur zehn Frauen, unter hundert an luetischer Nervenerkrankung (NB. ohne Tabes) Leidenden sechzehn Frauen beobachtet.

In dem auffallenden Missverhältniss zwischen der Erkrankungsfrequenz des weiblichen Geschlechtes an Lues auf der einen und Tabes auf der anderen Seite erkennt auch B. einen bis jetzt unvermittelten Gegensatz.

Nach alle dem muss sich der Verf. damit begnügen, die häufige Coincidenz von Syphilis und Tabes als eine sehr beachtenswerthe Thatsache auch seinerseits anzuerkennen, von einer Erörterung des genaueren inneren Verhältnisses beider Erkrankungen zu einander aber vorläufig Umgang zu nehmen. Kast.

Digitized by Google

10) Laryngisme de l'adulte ou Ictus laryngé (vertige laryngé de Charcot) par Dr. Krishaber. (Annal. des malad. de l'oreille, du larynx etc. 1882. t. VIII. p. 12.)

Anknüpfend an vier frühere Fälle von Charcot aus 1876 und 1878 berichtet K. über einen neuen Fall aus seiner Beobachtung. Ein etwa 42jähriger Mann, der bis auf eine anscheinend vollständig geheilte syphilitische Infection im Wesentlichen gesund gewesen war, bekam plötzlich folgenden Anfall, der sich im Laufe der nächsten Monate viermal wiederholte: es tritt plötzlich ein leichter, rasch und stossweise wiederholter Husten auf, völliger Stillstand der Respirationsbewegungen (wahrscheinlich Glottis-Verschluss) und Bewusstlosigkeit mit Hinstürzen. Nach einigen Sekunden kommt er wieder zu sich, ohne Erschöpfung oder Müdigkeit zu empfinden. Die Anfälle wurden meistens durch Schreck hervorgerufen. Neben solchen grossen Anfällen traten viel häufiger kleine auf, in denen sich zu dem charakteristischen Hustenanfalle nur ein leichter Schwindel gesellte und manchmal hartnäckiges Aufstossen (Ructus). — In einzelnen Fällen von Charcot kam es zu epileptiformen Krämpfen. Localaffectionen im Larynx fehlen vollständig; die Fälle von Fremdkörpern etc. im Larynx sind eben von dem Vertige laryngé streng zu trennen. Hier handelt es sich um rein nervöse Anfälle. — Trotzdem legt K. Werth auf die Localbehandlung: Vesicatore äusserlich, „Cauterisationen" innerlich, allerdings neben grossen Gaben Bromkalium (!), haben mehrere Fälle geheilt. Hadlich.

---

11) Ueber eine eigenthümliche Spinalerkrankung bei Trinkern von Dr. G. Fischer, Cannstatt. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XIII, Heft 1.)

Unter obiger Bezeichnung beschreibt F. ein neues Krankheitsbild bei Trinkern, das ein eigenthümliches Gemisch einer Paralysie générale antérieure subaiguë und der progressiven Paralyse darbot und nur in einzelnen Zügen einige Aehnlichkeit mit dem von Westphal bei chronischem Alcoholismus beobachteten Symptomencomplex hat.

Bei zwei wenig begabten Individuen entwickelt sich im Anschluss an Missbrauch von Alkohol und Tabak ein Zustand von Parese und Atrophie eines grossen Theils der Muskulatur, begleitet von Aufhebung der elektrischen Erregbarkeit und (soweit die bei den Patienten äusserst schwierige Untersuchung möglich war) Entartungsreaction. Als interessant muss aus diesem Befund noch das Verhalten eines Theils der Muskulatur gegen den faradischen und galvanischen Strom bei intacter willkürlicher Beweglichkeit hervorgehoben werden. Allerdings stimmen Krankengeschichte und Epikrise hierin nicht vollständig überein, indem in der ersteren nur vom Fehlen der faradischen, in letzterer auch vom Fehlen der galvanischen Reaction der Muskulatur des Daumenballens die Rede ist.

Den Grund dieser Differenz zu eruiren wandte ich mich bei dem eigenthümlichen neuen Befund an den Verfasser, der mir auf Grund seiner Krankengeschichte mittheilte, dass die Notiz, betreffend das Fehlen der galvanischen Reaction, durch ein Versehen bei der Correctur einmal ausgelassen sei. Es handelt sich darnach also um das Ausbleiben der faradischen und der galvanischen Zuckung der Muskeln des Daumenballens bei intacter willkürlicher Beweglichkeit, ein Verhalten, das sich nach Messung der Leitungswiderstände mit dem Galvanometer nicht etwa auf enormen Widerstand der Epidermis zurückführen liess.

Wir hätten sonach ausser der neulich von Kast aus Erb's Poliklinik beschriebenen Form von Fehlen der faradischen und galvanischen Erregbarkeit der Nerven des Thenar bei vollkommen functionirenden Muskeln auch eine solche, bei welchen faradische und galvanische Erregbarkeit von Nerv und Muskel fehlen.

Neben diesem Befund liessen sich deutliche Ataxie mit Herabsetzung der

Digitized by Google

Haut- und Schmerzempfindlichkeit, Verlust des Muskelgefühls und der Patellarreflexe, Verlangsamung der Hautreflexe, Doppelempfindung und sonstige Abnormitäten der Schmerzempfindung nachweisen. Dazu bestanden leichte Fieberbewegungen, gastrische Symptome und Schwäche der Herzthätigkeit mit Beschleunigung des Pulses.

Lanzinirende Schmerzen, Gürtelgefühl waren nicht vorhanden, Gehirnnerven im Grossen und Ganzen frei. Die geistigen Functionen waren ausserordentlich gering.

In beiden Fällen erfolgte vollständige oder fast vollständige Restitution.

In der Epikrise bespricht Fischer diese Fälle ausgehend von dem Krankheitsbild der Poliomyelitis anterior subacuta und vermuthet, dass ein Theil des Symptomencomplexes seine anatomische Begründung in einer subacuten Myelitis der grauen Vordersäulen findet. Rumpf.

---

12) Nähmaschinen als aetiologisches Moment der Tabes.

Guelliot (Union méd. Jan. 10. 1882) und Webber (Boston med. and surg. Journ. Jan. 19. 1882) veröffentlichen Fälle von Tabes, für die sie die Ursache in lange fortgesetzter Arbeit an der Nähmaschine suchen. M.

---

13) A case of tetany by J. Russell. (Practitioner. May 1882.)

20jähriges grosses, ziemlich kräftiges, leicht anämisches Mädchen. Mutter leidet an Migräne, eines ihrer 5 Geschwister litt in der Kindheit an heftigen Krämpfen. Patientin litt vom 3. Lebensmonate an 2 Jahre lang an anhaltenden epileptoiden Krämpfen. Im 3. Lebensjahr erster Anfall von Tetanie der unteren Extremitäten mit gesteigerter Sensibilität, einige Wochen andauernd. Mit 7 oder 8 Jahren 2. Anfall. Streckung der Beine, Beugecontractur der Zehen, Hyperextension der Finger, enorme Druckempfindlichkeit. Dabei häufige maniakalische Anfälle. Auch jetzt noch grosse Reizbarkeit, häufige Weinkrämpfe. Vom 14. Jahr an fast alle 2 Jahre neuer Anfall, hauptsächlich die Muskulatur der Hände betreffend. Finger zeitweilig hyperextendirt, oder gebeugt, oder gespreizt, oft die erste Phalanx gebeugt, die andern gestreckt. Hand in Pfötchenform durch Contraction der Interossei und Lumbricales, Zehen gebeugt, hie und da Schwellung der Hände. In der paroxysmenfreien Zeit Steifheit der Finger, besonders hervortretend beim Versuch zu nähen oder zu schreiben. Gute Ernährung der Muskeln. Sensibilität intact. Enorme Empfindlichkeit gegen den faradischen Strom. Gute faradische Muskel- und Nervenreaction, Kniephänomen nicht gesteigert. — Rasche Besserung bei Anwendung von Ferrum reductum. — Durch ein kaltes Bad sollen die Muskelcontractionen angeblich sofort erschlafft werden. Smidt.

---

14) Note pour servir à l'histoire des hémorrhagies et des oedèmes dans le cours des lésions des centres nerveux par Raymond et Monnier à Paris. (Gazette méd. de Paris. 1882. Nr. 16.)

Fall von rechtsseitiger Hemiplegie (Facialis und Arm) bei einem 85jährigen Manne, wobei auf dem rechten vorderen Gaumenbogen ein submuköses Extravasat mit ödematöser Schwellung der Umgebung und des Zäpfchens auftrat.

Hadlich.

---

15) Ein casuistischer und kritischer Beitrag zur Lehre von den Halswirbelverrenkungen von W. Koch, Dorpat. (Berl. kl. Wochenschr. 1882. Nr. 18.)

Durch Quetschung zwischen den Puffern zweier Eisenbahnwagen hatte sich A. Pilikin — ausser anderen Verletzungen — auch eine durch heftigen Muskelzug

Digitized by Google

zu Stande gekommene Luxation des 5. Halswirbels zugezogen (Rotationsluxation, Verhakung des Proc. transv. vertebr. cervi. V vor dem Pr. trans. vert. cerv. VI). 3—4 Monate nach der Verletzung wurde als Folge der Luxation constatirt: Geringe Abmagerung und Bewegungsschwäche der linken unteren Extremität, Gang links hinkend und etwas schleppend. Stärkere Abmagerung der linken oberen Extremität und der linken Brustmuskeln; linker Arm kann nur bis zur Horizontale erhoben, im Handgelenk nur die Dorsalflexion ausgeführt werden. Faradische und galvanische Erregbarkeit im Gebiete des N. median. und ulnaris ziemlich vollständig aufgehoben. Hyperästhesie der Haut der linken Körperhälfte und des linken Ellbogengelenks, nur 4. und 5. Finger links zeigen herabgesetzte Empfindung. — Sehnenphänomene in beiden unteren Extremitäten verstärkt. Linke Pupille und linke Augenlidspalte enger, Sehschärfe links herabgesetzt. — Puls an den Arterien der linken oberen Extremität ausserordentlich schwach und fadenförmig. — Temperatur der linken Achselhöhle 0,2° niedriger als der rechten. Stand des Zwerchfells links auffallend hoch, wenig veränderlich bei der Respiration. Läsion der linken Hälfte des Cervicalmarkes besonders der Seitenstränge weist Verf. als centrale Ursache dieser mannigfachen Störungen nach. Hadlich.

16) Ueber die Beziehungen zwischen Lues und Tabes. Von Dr. Pusinelli. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XII. S. 706).

P. giebt eine statistische Uebersicht von 51 Tabesfällen aus der Leipziger medicinischen Klinik, bei welchen auf den etwaigen Zusammenhang der Tabes mit Lues specieller geachtet worden war. In 47 % der Fälle war eine vorangegangene oder noch bestehende Lues nicht nachweisbar. In 16 Fällen (31 %) war Lues vorausgegangen. In 9 Fällen (17,6 %) hatten die Patienten an Schanker ohne sichere secundäre Symptome gelitten. In zwei Fällen hatte eine Genitalaffection bestanden, deren näherer Charakter aber nicht bestimmt werden konnte. Ausführlicher werden zwei Tabesfälle mitgetheilt, von denen der eine mit schwerer Hautlues, der andere mit Erscheinungen von Hirnlues combinirt war. Das Auftreten der ersten tabischen Symptome nach der luetischen Infection erfolgte in den Fällen P.'s nach 4 bis 21 Jahren. Unter 8 zur Section gekommenen Fällen fanden sich dreimal bei der Autopsie luetische Veränderungen innerer Organe (Hoden- und Knochensyphilis). Antisyphilitische Kuren, auch bei früheren luetischen Tabikern waren stets ohne eclatanten therapeutischen Erfolg. Nach alledem hält P. einen Zusammenhang zwischen Lues und Tabes für möglich, aber noch nicht für sicher erwiesen.

Strümpell.

17) Ueber Rückenmarkssyphilis. Von Dr. F. Greiff. (Arch. f. Psych. u. Nervenkrankh. Bd. XII. S. 564.)

So vielfache Angaben über chronische Rückenmarksaffectionen bei der Lues sich in der Literatur auch vorfinden, so schwierig ist es doch bis jetzt, für alle diese Veränderungen im Rückenmark auch wirklich den sicheren Zusammenhang mit der Lues nachzuweisen. G. beschreibt die Krankengeschichte und den genauen anatomischen Befund eines Falls, welcher für die Frage von der Rückenmarkssyphilis wichtig ist.

Im Juni 1880 wurde in der Heidelberger Irrenklinik eine 43jährige Frau mit Anzeichen früherer Lues aufgenommen. Im Anschluss an eine Puerperalmanie hatte sich bei ihr eine chronische Psychose entwickelt, welche Anfangs unter dem Bilde einer Melancholie verlief. Später wurde die Pat. erregt, total verwirrt und stellten sich deutliche motorische Störungen ein: Tremor und choreatische Bewegungen in den Händen und Armen, Facialisparese, Pupillendifferenz, Ptosis und schliesslich auch Schwäche in den unteren Extremitäten. Sensibilitätsprüfungen konnten mit Erfolg

Digitized by Google

nicht angestellt werden. Bemerkenswerth war eine Zeit lang eine auffallende Erniedrigung der Körpertemperatur, welche mehrere Tage hindurch blos 30—34° C. betrug, dann vorübergehend aber auf 42·2° stieg. Im März 1881 erfolgte der Tod.

Die anatomische Untersuchung des Gehirns ergab in ausgeprägter Weise die Heubner'sche Form syphilitischer Erkrankung der Gehirnarterien. Im Rückenmark fand sich eine ausgebreitete, theils beginnende, theils schon ziemlich vorgeschrittene Entzündung der Pia, ferner sowohl an den Arterien, wie an den Venen starke Veränderungen, welche in den Arterien der Heubner'schen Gefässerkrankung entsprachen, in den Venen als „obliterirende Phlebitis" bezeichnet werden musste. Schliesslich war auch eine „mit Quellung und Hyperplasie des interstitiellen Gewebes, mit entzündlicher Exsudation um die Gefässe und mässiger Beeinträchtigung der nervösen Elemente einhergehende Affection" durch die ganze Rückenmarkssubstanz hindurch nachweisbar. Die Veränderungen an den Meningen und den Gefässen hält G. für specifisch charakteristisch, während der an der Rückenmarkssubstanz gemachte Befund „nur in seinem Zusammenvorkommen und in seiner Abhängigkeit von den primären Prozessen an Meningen und Gefässen als für die Rückenmarkssyphilis charakteristisch hingestellt werden darf". Strümpell.

---

18) Zur Kenntniss der Recurrenslähmung von Brieger. (Charité-Ann. VII, 252.)

Eine von gangränoser Pneumonie ausgehende Schwellung der Lymphdrüsen am Halse hatte den rechten, eine Geschwulst der Schilddrüse den linken Recurrens comprimirt.. In letzterem Nerven waren nur noch stellenweise Axencylinder zu sehen, neben den übrigen vom Laryngeus inf. versorgten Muskeln waren auch die Kehlkopfdetractoren in geringem Grade fettig entartet. Moeli.

---

19) Radialislähmung von E. Remak. (Sep.-Abdr. aus der Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde, herausgegeben von A. Eulenburg.)

Der Artikel enthält in gedrängter, präciser Darstellung die Pathologie der peripheren d. h. durch Erkrankung des selbstständigen Stammes unterhalb der Clavicula zu Stande kommenden Radialislähmung. Da der Verf. über ein nicht unbeträchtliches eigenes Beobachtungsmaterial verfügt, bringt er in kurzen, gelegentlich eingestreuten Bemerkungen manches Neue und weniger Bekannte. Bezüglich der Aetiologie schliesst sich R. vollständig Panas und den meisten Autoren gegenüber Duchenne an in dem Nachweis, dass die gewöhnlichste Form der Radialislähmung durch Druck und nicht durch Refrigeration zu Stande kommt. — Die elektrischen Reaktionsverhältnisse sind sehr gut und übersichtlich behandelt, ebenso die Modalitäten des Verlaufs und dem entprechend die prognostischen Sätze. — Therapeutisch empfiehlt R. bei Durchtrennung des Nerven mit vollem Recht die primäre sowohl, als die secundäre Nervennaht; bei den gewöhnlichen Drucklähmungen, der leichten und Mittelform, eine von R. Remak angewandte, von ihm selbst mehrfach erprobte Methode stabiler Kathodenbehandlung der Druckstelle mit galvanischem Strom mässiger Intensität. Eisenlohr.

---

20) Double Neuro-Retinitis: Total loss of vision. Aus Dr. St. Mackenzie's Abtheilung im London-Hospital. (Brit. med. Journ. 1882. Apr. 29. p. 617.)

24jähriger Landmann, bisher völlig gesund, bei der Arbeit plötzlich zahlreiche Krampfanfälle mit Bewusstlosigkeit, welche 36 Stunden andauert; seither oft Kopfschmerz und in den folgenden Jahren an Zahl zunehmende Krampfanfälle mit Erbrechen, letzteres tritt auch allein auf. Etwa 3 Jahre nach dem Beginn Sehschwäche

Digitized by Google

des rechten, später des linken Auges, die nach einigen Monaten in vollständige Amaurose übergeht. Keine Syphilis, kein Alkoholismus. Ausser der beiderseitigen Neuroretinitis war objectiv nichts nachzuweisen. Die Diagnose wurde mit Wahrscheinlichkeit auf Tumor gestellt; über das Resultat der Therapie, Jodkalium- und Quecksilbereinreibungen wird nichts mitgetheilt. A. Pick.

---

21) **On an „epileptic" condition of the centres, which control the nutrition of the body** by W. Mussen Young. (Brit. med. Journ. 1882. Apr. 29. p. 614.)

Zur Unterstützung seiner These, dass ebenso wie die andern Centren auch die der Ernährung des Körpers vorstehenden von dem epileptischen Zustande ergriffen sein können, führt M. folgende Fälle an; I. 27jährige Schwachsinnige zeigt eine Zeit lang eine ausgezeichnete Ernährung und auch geistig wird sie reger; dann tritt binnen 24 Stunden wieder eine Periode ein, wo sie trotz der gleichen Stoffaufnahme und beim Fehlen jeder Verdauungsstörung rasch fast bis zum Skelett abmagert; dann wird sie auch unruhig, verworren; durch einen Zustand von Collaps geht diese Phase in die andere rasch wieder über; eine Beziehung zur Menstruation ist nicht nachzuweisen.

II. Bei einem 24jährigen Idioten treten periodisch Flecken von Alopecia areata auf, in der Weise, dass sich der betroffene Fleck wieder behaart, während ein nächstanschliessender haarlos wird; auf diese Weise ward bisher ein Streifen von der Schläfe bis zum Hinterhaupt allmählich betroffen.

In der Discussion der Fälle stützt sich M. nur auf Analogieschlüsse; der möglichen Beziehungen des 1. Falles zum circulären Irresein ist nicht gedacht. A. Pick.

---

22) **Deux observations d'angine de poitrine dans l'hystérie** par P. Marie. (Rev. de méd. Avril 1882.)

Zwei Fälle aus Charcot's Abtheilung. A. Pick.

---

23) **Menière's disease.** Aus Stephen Mackenzie's Abtheilung im London-Hospital. (Brit. med. Journ. 1882. Apr. 29. p. 618.)

Neben rechts drehendem Schwindel, rechtsseitige Taubheit, rechtes Trommelfell nach einwärts gezogen, stark verdickt. Die Eustachische Röhre nicht völlig durchgängig; zeitweilige Besserung durch Katheterisation derselben. A. Pick.

---

24) **Pseudo-hypertrophic Paralysis** by Dr. W. T. Gairdner. (Glasgow Path. and Clin. Soc. Brit. med. Journ. 1882. 29. Apr. p. 618.)

Vorstellung eines 10jährigen Knaben mit weit vorgeschrittener Pseudohypertrophie der Muskeln, Beginn vor 2 Jahren, rascher Verlauf; Sensibilität intact, Sehnenreflex (der Patella? Ref.) fehlend. Ein Sohn aus der ersten Ehe der Mutter des Patienten starb an einer ähnlichen Affection. G. berichtet, dass er seit 1874 4 unzweifelhafte Fälle bei Knaben im Alter von 9—12 Jahren gesehen und nur einen, zweifelhaften, bei einem 24jährigen Mädchen. A. Pick.

Digitized by Google

Psychiatrie.

25) On the diagnosis and prognosis of idiocy and imbecility by W. Ireland. (The Edinburgh Med. Journal. June 1882. Sep.-Abdr.)

V. bespricht zunächst die Diagnose der Imbecillität auf Grund körperlicher Defecte (Gaumen- und Zahnmissbildungen etc.) und psychischer Störungen ohne wesentlich neues zu bringen. In Bezug auf Prognose ist bemerkenswerth, dass V. die congenitalen Fälle für günstiger hält, als die durch Krankheiten im Kindesalter erworbene Imbecillität. Ungünstig ist desshalb Idiotismus auf Grund eclamptischer Krämpfe, günstiger Idiotismus nach Hydrocephalus, wenn letzterer zum Stillstand gekommen ist. Constitutionell heruntergekommene Idioten werden oft mit Aufbesserung der Constitution auch geistig gebessert, ebenso epileptisch Schwachsinnige durch medicamentöse Beseitigung der epileptischen Anfälle. Smidt.

---

26) Acute dementia occurring in an old man. Recovery after two and one-half months of treatment by C. H. Hughes. (The alienist and neurologist. June 1882. Sep.-Abdr.)

V. erzählt folgenden Fall von acuter Demenz bei einem Greise, die geheilt wurde. Ein 64jähriger kräftiger Mann, erkrankt, nachdem er längere Zeit Geschäften, die seine Geisteskräfte überstiegen, vorgestanden hat, an Abnahme des Gedächtnisses, Incohärenz, Hallucinationen des Tastgefühls, Personenverkennung. Schwachsinn nimmt rasch zu, zitternder Gang, zeitweise Ruhelosigkeit: Unter Anwendung von Hypnoticis und Roborantibus, ferner kali jodat. (Lues schien nicht vorangegangen zu sein), bessert sich sein Zustand rasch, wie u. a. ein gut geschriebener Brief ca. vier Monate nach Beginn seiner Erkrankung bezeugt. V. hatte dem Pat. aus folgenden Gründen eine gute Prognose gestellt: Beide Pupillen waren sehr gut beweglich, weder Atherom. noch Arcus senilis, noch andere Greisenerkrankungen waren vorhanden. Die Constitution war gut, eine tiefere Hirnerkrankung (Apoplexie u. dergl.) war nicht vorhanden. Plötzlicher Ausbruch, baldige Behandlung. Anscheinende Intactheit der intracerebralen Ursprünge der Specialsinnesorgane. Smidt.

---

27) On the effects of enteric fever in the insane. Notes of twenty-two cases by C. M. Campbell. (Journ. of ment. science. July 1882.)

Bei Gelegenheit einer kleinen Ileotyphusepidemie im Durham-County Asylum erkrankten 22 Irre. Ein Todesfall. Die körperliche Gesundheit der übrigen Patienten wurde durch die intercurrente Erkrankung nicht dauernd beeinflusst. In elf Fällen wurde mehr oder minder erhebliche Besserung der psychischen Symptome constatirt, darunter ein Fall von Dementia paralytica; anscheinende Heilung u. a. in einem prognostisch sehr ungünstigen Falle von Stupor nach melancholischer Verrücktheit und in einem fast hoffnungslosen Falle von lange bestehender Demenz nach acuter Manie. Zehn Fälle blieben unbeeinflusst. Smidt.

---

28) Ueber transitorische Albuminurie und Melliturie bei Delirium tremens von Dr. E. Bumm, Würzburg. (Berl. kl. Wochenschr. 1882. Nr. 25.)

Ein Potator von 31 Jahren, der vor sieben Jahren einen Gelenkrheumatismus durchgemacht hatte und an einem Gastroduodenalcatarrh litt, erkrankte bei Gelegenheit einer unbedeutenden Pneumonie an Delirium tremens. Dabei zeigte der Urin 1·031 specifisches Gewicht, viel Eiweiss und 2—3 % Zucker. — Am folgenden

Digitized by Google

Tage keine Spur von Eiweiss und Zucker; am dritten Tage jedoch wieder 3 % Zucker, aber kein Eiweiss. Am vierten Tage ganz plötzlicher Tod.

„Die Obduction ergab starke Hyperämie des Gehirns und der Med. oblongata, an welcher vorzüglich eine scharfe Zeichnung der grauen Substanz auffällig war. An den Nieren ausser einer starken Hyperämie nichts Abnormes; in den Lungen ein nussgrosser pneumonischer Herd; in der Leber Spuren fettiger Entartung; keine eigentliche Causa mortis."

Verf. nimmt danach eine centrale Innervationsstörung als Ursache von Albumin und Zucker im Harn an, und stellt das Delirium tremens in eine Reihe mit Commotio cerebri, Epilepsie und den Fällen von Eclampsie ohne Nephritis, insofern auch in diesen Krankheiten Albuminurie, Diabetes mell. und insip., resp. nur die erstere, aus centraler Ursache auftritt. Hadlich.

---

29) **Zur Kenntniss der Psychosen bei Uraemie** von Brieger. (Charité-Annalen. VII. 240.)

Ein Kranker mit chronischer Nephritis hatte mehrere epileptische Anfälle. Nach dem zweiten war Patient anfangs comatös, dann durch 18 Stunden hallucinatorisch verwirrt. Weiter totale Amnesie, auch schienen dem Patienten einzelne Worte zu fehlen, nach kurzer Zeit wieder psychisch intact. Der Eiweissgehalt des im Stadium der Verwirrtheit entleerten Urins war (relativ?) vermehrt gegen früher und minderte sich nach einigen Tagen. Moeli.

---

30) **Morbus hypnoticus** von V. J. Drosdow. (Arch. f. Psych. XIII. 1. 1882.)

Im Gegensatz zu der künstlich hervorgerufenen Hypnose giebt es nach D. spontan auftretende hypnotische Zustände bei ehedem ganz gesunden Menschen. Er nennt diese neue Krankheitsform Morbus hypnoticus. Von den beschriebenen Fällen betrifft der erste einen Jungen von 16 Jahren. Dieser verfällt nach einer Gemüthsaufregung und Erkältung anfallsweise in Schlaf. „Im Sensorium des Kr. wurden ausserordentliche Störungen bemerkt"; die Muskeln zeigten kataleptische Starre und nach Applicationen von Metallen (Gold, Silber) Flexibilitas cerea. Später wich die Apathie etwas. Durch Streichen des Gesichts wird tiefe Hypnose erzeugt. Patient genas, bekam dann ein Recidiv, welches jedoch ebenfalls in Genesung überging.

Der zweite Fall betraf einen jungen Mann, erblich stark belastet, der nach einem Rausch die Fähigkeit verlor, zu sprechen und zu hören, und anfing, oft einzuschlafen. Auch hier war die Sensibilität herabgesetzt, die Muskeln wurden auf Bestreichen rigide. Es trat Genesung ein.

Der dritte Fall stellt eine junge Dame, Studirende, dar, welche spontane Anfälle bekam, nachdem sie einigen „Sitzungen" des Hypnotismus (Hansen u. A.) beigewohnt hatte. Sie gab nach den Anfällen an, dass sie während derselben Alles höre und verstehe, was vorgehe, jedoch kein Glied rühren könne. Man schickte die Kranke aufs Land, und die Anfälle blieben aus. Leider aber kamen sie wieder; der erste trat vor ihrem Examen ein, der zweite während desselben und der dritte an demselben Tage im Sprechzimmer des Verf.

Die Anfälle zeigen Aehnlichkeit mit der künstlichen Hypnose, sowie den bei Hysteria major beschriebenen Erscheinungen, D. will sie aber von diesen Zuständen unterschieden wissen. Das Nähere s. im Original.

[Die Pupillen werden, wenn von ihnen die Rede ist, stets als erweitert angegeben. Bekanntlich sind im wirklichen Schlaf die Pupillen verengert. Ref.]

Siemens.

Digitized by Google

Therapie.

31) Ueber Trepanation beim Hirnabscess von Prof. E. Rose, Berlin. (Arch. f. klin. Chirurgie. Bd. XXVII. S. 529.)

Verf. giebt eine eingehende Schilderung eines operativ geheilten Falles von Gehirnabscess, entstanden durch eine stecken gebliebene Messerklinge von $3^1/_3$ cm. Länge, und führt dann mehrere andere Fälle von Gehirnverletzung und Gehirnabscess an, in denen spontan oder unter einfacher vorsichtiger Behandlung Heilung eingetreten war (bes. Fall von Wilms mit Section aus 1861). Indem R. die Indicationen zur Trepanation bespricht, hebt er hervor, dass Heilungen von Abscessen durch Resorption und Einkapselung vorkommen; er weist auf die Möglichkeit eines spontanen Aufbruchs hin, entweder durch präformirte Oeffnungen, oder selbst (Fall des 4jährigen Kindes Joseph Schön) durch Arrosion des Knochens. Er betont andererseits die Schwierigkeit, oft Unmöglichkeit einer genauen Diagnose, sowie die nicht seltene Multiplicität der Abscesse und gelangt zu dem Ergebnisse, dass Anzeige zur Trepanation nur in dem Falle vorliegt, „dass ein Abscess mit wachsender Eiterstauung, also mit der Tendenz zum Aufbruch, verbunden ist, auf den ein fester fremder Körper hinführt".

Hadlich.

---

32) Jodoform gegen Diabetes von J. Moleschott, Rom. (Wien. Med. Wochenschr. 1882. Nr. 17.)

M. hat in einer Anzahl von Fällen Jodoform 0·1—0·4 pro die mit sehr gutem Erfolge gegen Diabetes gegeben. Der Zucker scheint dauernd ganz oder zum grössten Theile aus dem Harn zu verschwinden. M.'s Verordnung ist:

Jodoform.
Extr. Lactuc. sat. $\overline{aa}$ 1·0.
Cumarin 0·1.
Mfpil Nr. 20. Consp. Gumm. arab.
DS. Zweimal 1 Pille bis viermal 2 Pillen in 24 Stunden zu nehmen.

Hadlich.

---

33) De la maladie de Ménière considérée principalement au point de vue de son traitement (sulfate de quinine et salicylate de soude) par Hampartzoum Nakachien. (Thèse de Paris. 1882.)

Verf. bringt einige neue Beobachtungen von Ménière'scher Krankheit, die nach der Charcot'schen Methode (Chinin. sulf. in täglichen Dosen von 0·6—0·8 in Perioden von 14—20 Tagen, dazwischen 10—14 Tagen kein Medicament) mit günstigem Erfolge behandelt worden sind. Im Anfang tritt häufig Verschlimmerung (Vermehrung des Ohrensausens etc.) ein. In ähnlicher Weise wie das Chinin wirkt Natr. salicyl. auf den Ménière'schen Schwindel. M.

---

34) Neurectomieen des zweiten Astes des N. trigeminus nach osteoplast. Resection des Jochbeins von Prof. Dr. H. Braun, Heidelberg. (Centralbl. f. Chirurg. 1882. Nr. 16.)

Verf. hat vermittelst der in der Ueberschrift bezeichneten, modificirten Lücke'schen Methode fünf Fälle von Trigeminusneuralgie operirt, die genauer beschrieben werden. Ob dadurch, d. h. durch Resection des zweiten Trigeminusastes in der Fossa sphenopalatina, längerdauernde Heilungen als durch Durchschneidung des Nerven im Canal. infraorbitalis erzielt werden, lässt sich noch nicht entscheiden. Zwei Patienten bekamen Recidive, der eine nach $2^3/_4$ Jahren, der andere nach neun Monaten, doch

Digitized by Google

sind bei beiden die Schmerzanfälle viel seltener und weniger intensiv, als vor der Operation; bei einem dritten Kranken trat nach zehn Monaten ein Recidiv auf, das aber spontan wieder verschwand, im vierten und fünften Falle hielt nach acht resp. vier Monaten die Heilung noch an.

Bei einem früher nach der Lücke'schen Methode operirten Kranken traten nach vier Jahren vollständiger Heilung geringe neuralgische Beschwerden ein. M.

---

35) **Un cas de rage chez l'homme; guérison par pilocarpine** par Denis-Dumont, Caen. Sitzung der Akademie der Medicin den 13., 20. u. 27. Juni 1882. (Gazette medic. de Paris. 1882. Nr. 24, 25 u. 26.)

Ein 38 Jahre alter Schäfer war am 16. April von einem tollen Hunde gebissen, zugleich mit ihm eine Frau und ein Kind; letzteres blieb gesund, die Frau starb am 20. Mai unter den Symptomen der Lyssa. Am 22. Mai brach die Krankheit bei dem Schäfer aus, wobei er sich selbst Bisswunden beibrachte. Am 23. Mai hatte er im Krankenhause zu Caen während der Nacht sieben Anfälle trotz einer grossen Gabe Bromkalium. Am 24. gab D.-D. dreimal eine subcutane Injection von Pilocarpin 0·01 gr. Danach nur noch ein Anfall, etwas Schlaf. Am 25. und 26. Mai dieselbe Medication, wonach der Kranke gesund blieb.

Auf Bouley's Empfehlung wird D.-D.'s Fall in den „Mémoires de l'Académie" veröffentlicht werden.

In derselben Sitzung der Akademie wurde ein anderer Fall von Heilung der Lyssa durch Pilocarpin mitgetheilt, den Dartigue aus Pujols (Gironde) behandelt hat. Aber in der folgenden Sitzung (20. Juni) wurde nachgewiesen (Bouley), dass ihm jede Beweiskraft abgeht.

Germain Sée hat ein sechs Wochen vorher gebissenes Individuum ohne allen Erfolg mit Pilocarpin-Injectionen behandelt (0.02 gr dreimal in sieben Stunden). Auch das Hoang-nan (s. dieses Centralbl. Nr. 7) versagte, resp. wurde nicht genommen, und Patient starb.

Olive hat 1881 in einem Falle von Lyssa Pilocarpin-Injectionen, und zwar in 48 Stunden sechs Einspritzungen von je 0·02 Pil., gemacht, ohne den Tod zu verhindern. — Balzer hat schon 1875 Jaborandi-Clystiere angewendet: auch dabei trat der Tod ein. — Nach Dujardin-Beaumetz sind im Ganzen im Jahre 1881 von 23 gemeldeten Fällen von Lyssa sechs mit Pilocarpin behandelt: immer ohne Erfolg. Von gleichfalls negativem Erfolge waren verschiedene Alkaloïde (Cedrène und Valdivin aus den sem. Cedron, das Pelletiérin). Vom Hoang-nan weiss auch D.-B. keinen Erfolg zu berichten; dagegen soll — nach Dr. Deleveau — die Methode der Russen, nämlich Dampfbäder und Knoblauch, sich insofern bewährt haben, als nach ihrer Anwendung bei gebissenen Personen keine Lyssa auftrat. Hadlich.

Forensische Psychiatrie.

36) **The psychological aspect of the Guiteau case** by Edward C. Mann. (Journ. of psych. med. and ment. path. N. Ser. Vol. VIII. 1882, p. 28.)

Enthält vorwiegend Stücke aus dem (officiellen?) Berichte über in diesem Prozesse abgegebene gerichtsärztliche Gutachten; unter der Diagnose Emotional Insanity and reasoning Mania plaidirt M. selbst für die Annahme einer Geistesstörung bei G., erklärt jedoch selbst, es sei ihm schwer, eine richtige Darstellung seiner Anschauungen zu geben. A. Pick.

Digitized by Google

37) **Simulation of insanity by the insane** by J. G. Kiernan. (The alienist and neurologist. April 1882.)

V. stellt die bekannten Fälle von Simulation bei Geisteskranken, angeregt durch den Fall Guiteau, zusammen. Er fügt drei eigene Beobachtungen hinzu, in denen ein Schwachsinniger, ein Hebephreniker und ein chronisch Maniacalischer absurde Wahnideen producirten, um die Aufmerksamkeit von Besuchern auf sich zu lenken und schliesst daraus, dass die Simulanten meist an Formen von primärer Verrücktheit, Manie raisonnante, Imbecillität leichteren Grades, chronischer Manie etc. leiden.

Smidt.

---

38) **Wiederholte Verurtheilung eines Geisteskranken** von R. Kohn. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Juli 1882, S. 73—80. Sep.-Abdr.)

Verf. berichtet die Leidensgeschichte eines epileptisch-blödsinnigen und mehrfach Freiheitsstrafen anheimgefallenen, 25jährigen Individuums. Unehelich geboren, wurde er im zwölften Lebensjahre mit 14 Tagen Gefängniss bestraft; im 20. Lebensjahre ward er zu sechs Monaten Gefängniss verurtheilt, weil er seine Mutter Hure geschimpft und gemisshandelt hatte. Bei der Entlassung aus der Strafanstalt erklärte ihn der Gefängnissarzt: „schon jetzt für unzurechnungsfähig." Trotzdem fand $^3/_4$ Jahr später wiederum bei demselben Gerichte wegen Misshandlung der Mutter eine Verurtheilung zu 9 Monaten Gefängniss statt. Einen Tag nach Abbüssung dieser Haft beging er gegen seine Angehörigen und andere Personen neue Gewaltthätigkeiten, deren Folge eine Verurtheilung zu vier Jahren Gefängniss seitens des nämlichen Gerichtes war. Ein Sachverständiger war vom Gerichte in keinem jener Fälle befragt worden. Nun endlich wurde er, im zweiten Jahre der Haft, mit in Folge der Begutachtung durch den erwähnten Gefängnissarzt, der Göttinger Irrenanstalt zugeführt. Hier trat sofort der epileptische Blödsinn, wie er nicht erst von vier Jahren herstammen konnte, deutlich hervor.

Falk.

---

39) **Versuchter Selbstmord und versuchter Mord des Kindes** von Liman. (Vierteljahrsschrift für gerichtliche Medicin und öffentliches Sanitätswesen. Juli 1882, p. 42—51.)

Eine 26jährige Frau hatte in Abwesenheit ihres Gatten, mit dem sie in Noth und in Unfrieden lebte, sich und ihre 6jährige Tochter in der Art zu tödten versucht, dass sie einen kleinen eisernen Ofen, dessen Abzugsrohr in den Kachelofen führte, aus letzterem entfernte und die Oeffnung des eisernen Rohres mit einem Lappen verstopfte, während im Ofen das Kohlenfeuer brannte.

Das Kind wurde nicht afficirt, die Mutter, die sich im sechsten Monate der Schwangerschaft befand, nach zweitägiger Krankenhaus-Behandlung wiederhergestellt. Sie räumte die That ein und gab Nahrungssorgen als Motiv an. Im Gefängniss kam sie nieder. — Das Gutachten musste sich wesentlich auf die Aussagen der Exploranda stützen. Als Momente, welche die Annahme eines krankhaften Geisteszustandes zur Zeit der That bedingen mussten, führt Verf. an:

1) Die bis zum sechsten Monat vorgeschrittene Schwangerschaft. Noch vier Wochen vor ihrer Entbindung hat auch der behandelnde Arzt in der Charité zu ihr gesagt: „sie solle keine Grillen fangen."

2) Die Angeklagte schildert Angstgefühle, die sich kurz vor der That eingestellt und bis zur Vollbringung derselben gesteigert haben.

Es ist nicht vorauszusetzen, dass sie die Erscheinungen der Präcordialangst gekannt und vorgespiegelt hat.

Digitized by Google

3) Die Angeklagte giebt an, von den einzelnen Umständen der That keine Erinnerung zu haben.

Sie leugnet nicht jede Erinnerung, sondern ist sich einzelner Thatsachen, welche im Beginn der unter Anklage gestellten Handlung liegen, sehr wohl bewusst.

4) Der Inhalt zweier Briefe, welche bei ihr zur Zeit der That gefunden worden, die sie aber jetzt selbst nicht glaubt geschrieben zu haben, ist vollkommen im Widerspruch mit den wirklichen, thatsächlichen Verhältnissen.

In jenen Briefen, welche ihre Absicht, sich und dem Kinde das Leben zu nehmen, bekundeten, bezichtigt sie ihre Eltern als die Schuldigen, während sie jetzt gar nicht daran denkt, den Eltern die Schuld an ihrem Unglücke zuzumessen, und, während sie jetzt alle Schuld auf ihren Ehemann ladet, der sie schlecht behandelte und darben liess, schreibt sie in jenen Abschiedsbriefen dem Gatten „in verhimmelnden Worten gleichsam eine Liebeserklärung" (L).

Für einzelne Stellen der Briefe hat sie jetzt gar keine Erklärung.

5) Sie schreibt ferner in den Briefen wiederholentlich: „Ich muss sterben."

Diese Worte weisen darauf hin, dass sie, die ganz gut zu ihren Eltern hätte zurückkehren können, durch ein psychisches Angst- oder Schmerzgefühl gedrückt, verwirrt war, so dass sie ihm nicht Widerstand leisten konnte. Sonach muss hier § 51 des Strafgesetzbuches seine Geltung beanspruchen. Falk.

Anstaltswesen.

40) **Lunacy in England and Wales.** (Journal of psych. med. and ment. path. N. Ser. Vol. VIII. 1882. P. I. p. 128.)

Redactionsartikel über den Bericht der Commissioners in Lunacy für das Jahr 1880. A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

Académie de Médecine. Sitzung vom 4. Juli 1882. (Gazette méd. de Paris. 1882. Nr. 27.)

Germain Sée spricht über die physiologischen und pharmako-therapeutischen Wirkungen der Präparate der Convallaria majalis. — Auf Grund der Arbeiten russischer Autoren (besonders Bogojawlenski's Inauguraldissertation, Petersburg 1881) machte er Versuche an Kranken mit verschiedenen Herzleiden, und grösstentheils mit vortrefflichem Erfolge. Die Convallaria, sehr ähnlich der Digitalis, verlangsamt den Puls, verstärkt den arteriellen Druck, wirkt stark diuretisch (3200—3500 gr pro die), vertieft und verlangsamt die Respiration, hat keine ungünstige Nebenwirkung auf den Appetit. Sée gab das wässrige Extract der Blätter, der Blüthen und der ganzen Pflanze, in Dosen von 1—2 gr. Hardy hat ein Alkaloïd „Convallarin" dargestellt, das Sée „Majalin" nennt.

Prof. B. Ball macht sodann Mittheilungen über einen Cretin (Cretin des Batignolles). Ohne erbliche Belastung und bis zum 11. Monat so gut entwickelt, dass er schon allein ging, bekam Patient plötzlich — angeblich in Folge sehr langen Hungerns — Convulsionen, die seitdem täglich während $3^1/_2$ Jahren auftraten. Jetzt 31 Jahr alt, 1·103 m gross, 32 kg schwer, kein Kropf. Uebrigens nichts Neues. Hadlich.

Aus der Société de Biologie. (Sitzung vom 24. Juni 1882.)

Albert Robin „de la mort par méningite aiguë dans le delirium tremens". R. beobachtete im Hôtel-Dieu drei Fälle von Delirium tremens, bei denen nach an-

Digitized by Google

fangs fieberlosem Verlaufe ziemlich plötzlich hohe Temperaturen (39—40 °), unregelmässiger und sehr frequenter Puls, Contracturen, Coma und Tod eintraten, und zwar war der Exit. let. 1, resp. 2, resp. $3^1/_2$ Tag nach Eintritt des Fiebers. — Die Section erwies in allen Fällen eitriges Exsudat der Pia auf der Convexität, besonders über den grossen Furchen. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Weitere Mittheilungen über chronische Morphium-Vergiftung und deren Behandlung von Dr. R. Burkart. (Bonn 1882. 74 S.)

B. beschäftigt sich in seiner neuen Arbeit mit zwei Fragen; der erste Abschnitt giebt Untersuchungen über die Schicksale des in den Körper gewohnheitsmässig eingeführten Morphium; bezüglich des Verfahrens siehe die ausführliche Beschreibung im Originale. Die Versuche mit künstlichen Harn-Morphiumlösungen und mit Harnen von Morphinisten ergaben einerseits die Möglichkeit qualitativen Nachweises von kleinsten Mengen des im Harn gelösten Morph. mur., andrerseits ein negatives Resultat gegenüber andern Autoren, welche zuweilen bei Morphinisten das Morphium im Harn nachgewiesen haben wollen, dagegen zeigte es sich durch Intoxikationsversuche an Thieren, dass es gelingt, aus dem Harne von Morphinisten eine Substanz zu isoliren, deren wässrig-saure Lösung subcutan Hunden oder Kaninchen injicirt der Morphium-Intoxikation durchaus ähnliche leichtere oder schwerere Erscheinungen hervorruft.

Dies im Zusammenhalt mit andern Thatsachen führt B. zu der Ansicht, dass an Stelle des gewohnheitsmässig genommenen Morphium im Harn eine Verbindung des Morphium oder diejenige eines Morphiumrestes mit einer Substanz des Organismus erscheint.

Im zweiten Theile seiner Arbeit bespricht B. eine Modification seiner Methode der Morphiumentziehung, die darin besteht, dass er die Morphiumspritzer zuerst zu Morphiophagen macht und denselben dann das Morphium unter Substitution von Opium langsam entzieht; doch erwähnt er selbst einzelne Kranke, bei denen diese Modification nicht durchführbar gewesen. A. Pick.

V. Personalien.

Prof. Nothnagel wurde an Stelle Duchek's nach Wien berufen.

Dr. Seeligmüller in Halle, Dr. Kahler in Prag wurden zu ausserordentlichen Professoren ernannt.

Unser Mitarbeiter Dr. Otto Schwartzer, Chefarzt der Heilanstalt für Gemüths- und Nervenkranke zu Budapest, wurde zum königlich ungarischen Landes-Sanitäts-Rathe ernannt.

Der königliche Rath Dr. Franz Schwartzer, welcher 20 Jahre hindurch die Psychiatrie an der Budapester Universität docirte, demissionirte.

Docent Carl Laufenauer wurde vom Professoren-Collegium der medicinischen Facultät zu Budapest zum ausserordentlichen Professor für Psychiatrie vorgeschlagen. Die Ernennung dürfte noch vor Beginn des Studienjahres erfolgen.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. August. № 16.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ein Fall von Gehirntumor mit centraler einseitiger Taubheit von **Strümpell.**

II. Referate. Anatomie. 1. Études histochimiques sur les tubes nerveux à Myéline von **Waldstein** und **Weber.** 2. Ein Beitrag zur Anatomie des Sprachcentrums von **Rüdinger.** 3. Ein Beitrag zur quantitativen Bestimmung der grauen und weissen Substanz im menschlichen Gehirn von **Forster.** 4. Stadt- und Landbevölkerung, verglichen in Beziehung auf die Grösse ihres Gehirnraums von **J. Ranke.** — Experimentelle Physiologie. 5. Der Einfluss des Central-Nervensystems auf die Wärmeregulirung des thierischen Körpers von **Bókai.** 6. Weitere experimentelle Beiträge zur Theorie des Schwindels von **Högyes.** 7. Beiträge zur Lehre von dem Schicksal des Morphins im lebenden Organismus von **Eliassow.** — Pathologische Anatomie. 8. Notes et observations sur la mikrocéphalie par **Bourneville** et **Wuillamié.** 9. Gliom im obersten Theil des Filum terminale mit isolirter Compression der Blasennerven von **Lachmann.** 10. Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem, speciell in den Hintersträngen des Rückenmarks, bei Ergotismus von **Tuczek.** — Pathologie des Nervensystems. 11. Périmeningite spinale aigue par **Lemoine** et **Lannois.** 12. Etude sur les accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie locomotrice par **Lecoq.** 13. Anosmie bei Hirndruck von **Quincke.** 14. Ein Fall von recidivirendem Herpes zoster ophthalmicus von **Nieden.** 15. Ueber einen Fall von Ponshämorrhagie mit secundären Degenerationen der Schleife von **Meyer.** 16. Reflexneurosen und Nasenleiden von **Hack.** — Psychiatrie. 17. De l'asphyxie locale des extremités dans la période de dépression dans la folie à double forme par **Ritti.** 18. La famille Lochin par **Reverchon.** 19. Insanity from traumatisme von **Verity.** 20. Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein von **Moeller.** — Therapie. 21. Ueber Nervendehnung von **Gussenbauer.** — Forensische Psychiatrie. 22. Discussion über Guiteau's Geisteszustand im Anschluss an den Vortrag Hammond's. — Anstaltswesen. 23. Maison de Santé de Préfargier von **Chatelain.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Personalien.

VI. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Ein Fall von Gehirntumor mit centraler einseitiger Taubheit.

Von Dr. **Adolf Strümpell** in Leipzig.

Der folgende, bereits vor einigen Jahren von mir beobachtete Fall beweist das Vorkommen einer durch eine Grosshirnläsion bedingten vollständigen einseitigen Taubheit und ist zugleich für die Frage nach der Localisation der Gehörempfindungen in der Grosshirnrinde von Interesse.

Digitized by Google

Frau H., 33 Jahr alt, Aufg. in die Leipziger medicinische Klinik des Herrn Geheimrath Wagner am 2. November 1878.

Die früher gesunde Frau erkrankte im April 1878 mit Kopfschmerzen, Schwindel, häufigem Erbrechen und Schwäche im linken Bein. Diese Erscheinungen nahmen allmählich immer mehr zu. In der letzten Zeit bemerkte Patientin eine Abnahme der Sehschärfe und wiederholt Doppelsehen. Im linken Bein stellte sich ein Gefühl von Kribbeln und Ameisenkriechen ein.

Status praesens. Kräftige, gut genährte Frau. Deutliche Benommenheit. Die Sprache ist langsam, aber sonst normal. Die Antworten kommen zögernd heraus, sind aber correct. Aufstossen und sehr häufiges Gähnen.

Deutliche Parese des rechten Abducens. Sehschärfe beiderseits herabgesetzt. Finger können noch gezählt, gröbere Schrift kann aber nicht mehr gelesen werden. Weite, sehr wenig reagirende Pupillen. Ophthalmoskopisch: beiderseits hochgradige Stauungspapille.

Leichte Parese des linken unteren Facialis, des linken Arms und starke Parese des linken Beins. Hautreflexe beiderseits gleich. Sehnenreflexe links deutlich erhöht. Sensibilität im linken Arm und Bein deutlich etwas herabgesetzt.

Alles Uebrige, insbesondere das Gehör auf beiden Ohren, Geruch, Geschmack vollständig normal.

December 1878. Vollständige Blindheit. Linksseitige Hemiparese zunehmend. Starker Kopfschmerz und Schmerzen im linken Arm und Bein. Sonst keine wesentliche Aenderung. Gehör normal.

16. Januar 1879. Seit ca. 14 Tagen hat Pat. selbst Schwerhörigkeit auf dem linken Ohr bemerkt. Dabei sehr starkes Ohrensausen. Pat. hat im Kopf ein beständiges „Pfeifen und Flöten, als wenn Vögel im Kopfe wären." Bei der Untersuchung findet sich, dass Pat. auf dem linken Ohr fast vollständig taub ist, während sie rechts vollkommen normal und scharf hört. Eine auf die Kopfknochen aufgelegte laute Taschenuhr wird auf der linken Kopfhälfte gar nicht gehört, sondern erst ca. von der Mittellinie des Kopfes an mit dem rechten Ohre wahrgenommen. Ohrenspiegelbefund links vollständig normal. — Geschmack normal. Geruch beiderseits auffallend herabgesetzt. Die rechtsseitige Abducensparese ist viel schwächer geworden.

6. Februar 1879. Pat. ist sehr elend und mager geworden. Die Abducenslähmung ganz verschwunden. Vollständige Blindheit und vollständige Taubheit auf dem linken Ohr. Rechtes Ohr ganz normal. Sprachverständniss und Sprache selbst bis auf eine gewisse Langsamkeit und Schwerfälligkeit normal. Sehr auffallend aber ist es, dass Pat. die Fähigkeit, die Gehörwahrnehmungen im Raum zu localisiren, vollständig verloren hat. Tritt man von der linken Seite an ihr Bett heran und redet sie an, so streckt sie einem, wie gewöhnlich, ihre Hand nach rechts entgegen. Auch direkte, oft angestellte Versuche ergeben, dass Pat. mit dem rechten Ohr zwar Alles hört und versteht, aber absolut nicht die Richtung, woher das Gehörte kommt, anzugeben vermag.

März 1879. Hochgradige Schwäche. Die Motilitätsstörung im linken

Digitized by Google

Arm und Bein hat weiter zugenommen. Starke Schmerzen in den gelähmten Theilen, sodass Pat. bei jedem Bewegungsversuch laut aufschreit. Zunehmende Somnolenz. Rasseln auf beiden Lungen.

Tod am 29. März 1879. Terminale Temperatursteigerung bis auf 40,5°.

Die Section (Dr. Huber) ergab beiderseitige Verschluckungspneumonien. Schädelknochen, Felsenbein, linkes Mittelohr normal. Im Gehirn erscheint die ganze rechte Hemisphäre etwas breiter und stärker abgeplattet. Die mittlere Partie der hinteren Centralwindung und namentlich die anstossenden Parietalwindungen in derselben sind von einer Neubildung eingenommen, welche im Parietalhirn frei an der Oberfläche erscheint. Die Neubildung hat im Ganzen etwa die Grösse eines mittleren Apfels, ist ziemlich consistent und grenzt sich scharf von der weichen Umgebung ab. Auf dem Durchschnitt erscheint sie von geflektem, gelbem, zum Theil chocoladenfarbenem Aussehen. Hier und da kleinste Blutungen. Um den Tumor herum findet sich die Gehirnsubstanz im Zustande der weissen Erweichung, welche sich vorn bis ca. zur Fossa Rolandi, hinten bis in die hinteren Partien des Parietallappens, nach unten bis in die Region der Centralganglien hinan erstreckt. Die übrige Gehirnsubstanz ist consistent und erscheint auch sonst vollständig normal. Der Tumor erwies sich bei der mikroskopischen Untersuchung als ein Gliom.

An diesen Fall lassen sich folgende Bemerkungen anknüpfen:

1) Die von der Stauungspapille abhängige beiderseitige Blindheit hängt nicht mit der Localisation des Tumors zusammen. Auf eine analoge Störung der Geruchsnerven ist vielleicht die beiderseitige Geruchstörung zu beziehen. Wodurch die anfängliche Parese des rechten Abducens, welche später ganz verschwand, bedingt war, lässt sich nicht sagen.

2) Die linksseitige Hemiplegie mit deutlicher Sensibilitätsstörung ist durch die Localisation des Tumors genügend erklärt. Sie kann sowohl auf die Läsion der rechten hinteren Centralwindung, als auch auf die Erweichung in der Umgebung des Tumors bezogen werden.

3) Die Taubheit auf dem linken Ohre muss ebenfalls auf die Erkrankung der rechten Grosshirnhemisphäre bezogen werden, da alle etwaigen sonstigen Ursachen auszuschliessen sind. Der Sitz des Tumors spricht mit Wahrscheinlichkeit dafür, dass die Läsion des Parietallappens als Ursache der Taubheit anzusehen ist. Jedenfalls wird in Bezug auf die Frage nach der Localisation der Gehörempfindungen in der Gehirnrinde vor Allem dieser Region die Aufmerksamkeit zuzuwenden sein.

4) Der Fall bietet einen bemerkenswerthen Beweis für den Satz dar, dass die Wahrnehmung der Richtung beim Hören, die Localisation der Gehörwahrnehmungen im Raume, eine Function des binauriculären Hörens ist. Sie hängt ab von der Möglichkeit des (unbewussten) Vergleichens der Intensität der Schallempfindungen auf beiden Ohren. Bei vollständiger einseitiger centraler Taubheit geht die Wahrnehmung der Richtung des Gehörten verloren.

Digitized by Google

II. Referate.

Anatomie.

1) Études histochimiques sur les tubes nerveux à Myéline von Dr. L. Waldstein, New-York und Ed. Weber, Paris. (Arch. de Physiol. 1882. Nr. 5.)

Es handelt sich um eingehende Untersuchungen über die von Kühne und Ewald zuerst nachgewiesene Hornsubstanz (Neurokeratin) in den markhaltigen Nervenfasern.

Bei der Prüfung der Methode von Kühne und Ewald, nämlich Einwirkung von Pankreatin bei 40° neben Behandlung mit kaltem und kochendem Alkohol und Aether, fanden die Verff., dass die Herstellung der Hornspongiosa bald gelingt, bald nicht. Der Erfolg ist verschieden je nach der Bereitung des Pankreatin, je nach seiner Herkunft (das Pankreas des Schweines zeigte sich wirksamer als das des Rindes), je nachdem es mit dieser oder jener Säure verbunden war. — Auch die Concentration des Alkohols ist, wie schon L. Gerlach und Pertik fanden, von Einfluss. — Endlich zeigen die Nervenfasern verschiedener Thiere Differenzen bei der Pankreas-Einwirkung. So wird Schwann'sche Scheide und Axencylinder des Frosches, die frisch dem Pankreatin widerstehen, nach Behandlung mit Alkohol durch Pankreatin aufgelöst, dieselben Gebilde des Kaninchens aber auch nach Alkoholbehandlung nicht.

Das abweichende Verhalten der Nerven verschiedener Thiere erklärt auch die abweichenden Angaben von Tizzoni und Petrik über das Neurokeratin-Gerüst, indem jener das des Kaninchens, dieser das des Frosches beschrieben hat.

Waldstein und Weber nun, welche fanden, dass das Neurokeratin-Gerüst bei verschiedenen Präparationsmethoden sich verschieden darstellte, ferner, dass es auch an den ausgeflossenen Myelingerinnseln darzustellen ist (vergl. Hesse und Pertik), sind der Ansicht, dass es nicht präformirt ist. Sie meinen, dass es erst bei Abtrennung des Fettes sich aus dem Myelin ausscheide, wobei es dann als vollständiges Gerüst, oder als lückenhaftes Netz, oder in Form von isolirten Stäbchen auftreten kann.

An degenerirten Nerven konnten die Verff. es nur an den Stellen nachweisen, wo noch Reste von Myelin vorhanden waren.

Ferner sprechen die Verff. das Neurokeratin ausschliesslich dem Myelin resp. den markhaltigen Nervenfasern zu, was auch Hoppe-Seyler's Ansicht zu sein scheine (Physiolog. Chemie. 1881. S. 675). Denn soweit sie an der Neuroglia des Rückenmarks Versuche gemacht haben, widerstand diese dem Pankreatin nicht.

Hadlich.

---

2) Ein Beitrag zur Anatomie des Sprachcentrums von Prof. Rüdinger. (Beiträge zur Biologie. 1882.)

Von dem Satz ausgehend, dass wenn der Sitz des Sprachcentrums in der dritten (wohl besser: unteren, da bekanntlich verschieden entweder von der Sylvischen Spalte oder von der Medialfläche aus gezählt wird. Ref.) Stirnwindung eine erwiesene Thatsache wäre, sich anatomische Verschiedenheiten an diesem Centrum je nach der geistig höheren oder niederen Stufe, welche ein Individuum während seines Lebens einnahm, zeigen müssten, untersuchte Verf. die dritte Stirnwindung bei verschiedenen Menschen, auch Microcephalen und Taubstummen, dann bei niederen Affen und Primaten.

Verf. bespricht zuerst die Bildung der Fossa Sylvii und der dieselbe umgebenden Windungen und dann die Entstehung der secundären Windungen in der Fossa Sylvii, speciell die der Gyri recti s. breves der Insel, wobei er die Annahme Reicherts, dass die Sulci durch die grösseren Gefässe in der Pia mechanisch entständen, zurückweist, indem nach seinen Untersuchungen die Schlagadern gar nicht alle in die Tiefe der Sulci breves der Insel eingesenkt sind, sondern theils in den Furchen, theils auf den

Digitized by Google

Kanten der Windungen ihren Verlauf nehmen. Er sucht die Ursache für die Form der Inselwindungen vielmehr darin, dass die Convexität der einen Windung zugleich der Abdruck der Vertiefung zwischen zwei andern drüberliegenden ist.

Es entstehen also die Furchen und Abdrücke durch das Wechselverhältniss zwischen den Gyr. rectis und den secundären Windungen des Gyr. frontal., opercular., supramarginalis und temporalis.

In Bezug auf das Geschlecht ergiebt sich, dass

1) die Furchung des Stirnhirns beim weiblichen Foetus später erfolgt und die einzelnen Windungen etwas einfacher bleiben, als beim Knaben, bei welch letzterem sie auch mehr gekrümmt sind;
2) die Fossa Sylvii sich beim männlichen Foetus früher schliesst, als beim weiblichen;
3) die ganze Windungsgruppe, die die Fossa Sylvii umrahmt, die unter 1 bezeichneten Differenzen zwischen männlichen und weiblichen Foetus bietet;
4) beim männlichen Neugebornen die Durchmesser der Insel in der Höhe und in sagittaler Richtung grösser sind, als beim weiblichen, auch dann, wenn die Gehirne beider Geschlechter annähernd gleiche Grösse und gleiches Gewicht haben. Die Insel beim Knaben ist grösser, convexer und stärker gefurcht als beim Mädchen;
5) der Unterschied in der Form ein bleibender ist.

Bei den niederen Affen ist neben zwei ausgebildeten Stirnwindungen eine rudimentäre Stirnwindung vorhanden, welche um den bei diesen Affen angedeuteten vorderen Schenkel der Fossa Sylvii angelegt ist.

Was die Primaten anbetrifft, so zeigte sich hier die Ausbildung der dritten Stirnwindung sehr wechselnd. Sie ist deutlich vorhanden bei Orang und Chimpanse und tritt meist in ihrer ganzen Ausdehnung an die Aussenfläche des Stirnhirns, während sie beim Gorilla in der Tiefe der Fossa Sylvii sich findet. Es steht also das Gorillagehirn bezüglich dieses Gyrus tiefer, als das des Orang und Chimpanse. Dagegen sind bei jenem die Secundärwindungen in der Fossa Sylvii stärker entwickelt, sodass hier die Aehnlichkeit mit dem Menschenhirn mehr hervortritt, als bei den andern Anthropoiden.

Die Reil'sche Insel ist bei allen Affen als scharf begrenztes Gebilde vorhanden, bei den niederen Affen stellt sie einen glatten, mehr oder weniger rundlich geformten Hügel dar, bei den Primaten stellen die Gyri recti dagegen meist drei radiär gestellte Erhebungen dar, zu welchen zuweilen eine vierte kleine Windung hinzutritt.

Microcephale Kinder (vier Präparate). Ein achtjähriges Mädchen, das nicht sprechen lernte, hatte nur eine rudimentäre dritte Stirnwindung und eine glatte Insel. An der Stelle, wo der vordere Schenkel der Fossa Sylvii sich befinden sollte, ist eine zweigetheilte kleine Spalte angebracht. Auch bei den andern fand sich die dritte Stirnwindung nur rudimentär entwickelt.

Bei einer Hottentottin fand sich der Gyr. front. tertius sehr einfach, schmal und kurz, besonders der Anfangstheil, der Gyr. opercularis, ist schwach entwickelt.

Auch bei einem Neger zeigte sich in ähnlicher Weise die dritte Stirnwindung auf niederer Stufe der Entwicklung.

Bei Turkos, Franzosen und Juden liessen sich keine specifischen Eigenthümlichkeiten nachweisen; in Bezug auf die letzteren (11 Gehirne) constatirt Verf. nur, dass die dritten Stirnwindungen, besonders die der linken Hemisphäre, bei den zwei geistig hochstehenden Juden stärker ausgebildet waren, als bei den neun übrigen geistig niedrig stehenden.

Der Vergleich der dritten Stirnwindungen bei Frauen- und Männerhirnen zeigte viele individuelle Formverschiedenheiten. Verf. glaubt, dass die erhöhte Hirnthätig-

Digitized by Google

keit eine Vermehrung tertiärer kleiner Windungen und Furchen zur Folge hat. Es scheint dies besonders aus dem Vergleich beider Hemisphären hervorzugehen.

Die grössten Differenzen in dieser Beziehung zeigte ein als Redner ausgezeichneter Jurist. Hier zeigte die Messung der linken dritten Stirnwindung 23 cm, während die rechte nur 16 cm ergab; bei dem Philosophen Huber war eine Differenz von 2,5 cm zwischen beiden Seiten bei sehr ausgebildeter dritter linker Stirnwindung. Dass bei dem pathol. Anatomen Buhl die rechte dritte Stirnwindung stärker ausgeprägt war, als die linke, wird damit in Zusammenhang gebracht, dass Buhl Virtuos auf dem Violoncello war, und deshalb besonders die linke Hand zum Anschlagen der Saiten ausbildete.

Aus einer grösseren Reihe anderer Gehirne hervorragender Männer kommt Verf. zu dem Schluss, dass den geistig niedrig stehenden Menschen durchschnittlich einfachere Formen und geringere Ausdehnung der dritten Stirnwindung zukomme, als den geistig hochstehenden, und ist bei letzteren die linke Seite häufig viel stärker ausgebildet, als die rechte, während bei geistig niedrig stehenden mehr Symmetrie vorhanden ist.

Bei Taubstummen fand sich immer die linke dritte Stirnwindung absolut klein, während dieselbe rechterseits entweder gleich gross oder nur etwas grösser erscheint, ebenso sind die secundären Windungen innerhalb der Sylvischen Grube auf beiden Seiten sehr einfach, aber doch nicht von anormaler Beschaffenheit.

„Die durch die vorliegenden Untersuchungen festgestellte Thatsache, dass die Affen und Microcephalen nur ein kleines Rudiment einer dritten Stirnwindung haben, dass bei den Taubstummen dieselbe nicht rudimentär, aber doch sehr einfach bleibt, und dass bei hervorragenden Rhetorikern eine ungewöhnliche Entfaltung dieses Hirngebiets vorhanden ist, scheint die Annahme von dem Sitz des Sprachcentrums in dem lateralen Gebiet des Stirnlappens mehr als wahrscheinlich zu machen." M.

---

3) Ein Beitrag zur quantitativen Bestimmung der grauen und weissen Substanz im menschlichen Gehirn von Prof. J. Forster. (Beiträge zur Biologie. Stuttgart 1882.)

Verf. bestimmte den Procenttrockengehalt der reinen grauen (a), den der reinen weissen Substanz (b), dann die procentische Trockenmenge des ganzen Gehirns (c) und berechnet mit Hülfe der Gleichungen x (Menge der grauen Substanz) $+ y$ (Menge der weissen Substanz) $= 1$ und $ax + by = c$ das Verhältniss von grauer und weisser Substanz.

Mit Rücksicht darauf, dass bisher nur wenige Bestimmungen (Bourgoin, Danilewsky) in dieser Richtung vorliegen, mögen die Zahlen der sechs Untersuchungen des Verf. hier Platz finden:

	Wasser	feste Theile	graue Substanz	weisse Substanz
I. (53jähriger Mann)	1103,7	297,4	906,4	494,6 gr
II. (51jähriger Mann)	1068,3	299,7	734,6	633,4 „
III. (9 Tage altes Mädchen)	307,3	47,7	320,9	34,1 „
IV. (55jährige Frau)	911,1	242,9	685,5	468,5 „
V. (33jährige Frau)	1032,2	267,8	793,0	507,0 „
VI. (68jährige Frau)	967,1	227,9	675,2	519,8 „

Der Wassergehalt der grauen Substanz war zwischen 83 und 87 %, der der weissen Substanz zwischen 69—72 %, dagegen bei dem neuntägigen Kinde 83 %.

Ein für das Geschlecht charakteristischer Unterschied in der Vertheilung der grauen und weissen Substanz ist nicht wahrzunehmen. M.

Digitized by Google

4) **Stadt- und Landbevölkerung, verglichen in Beziehung auf die Grösse ihres Gehirnraums** von Prof. Johannes Ranke. (Beiträge zur Biologie. 1882.)

Die Statistik der Körpergrösse der bayrischen Militärpflichtigen zeigt, dass die ackerbautreibende Landbevölkerung weniger Mindermässige d. h. körperlich ungenügend entwickelte Individuen aufweist, als die Industriebevölkerung. Da nach dem Welcker'schen Gesetz unter mittleren Verhältnissen mit der beträchtlicheren oder geringeren Körpergrösse auch die Grösse des Gehirns zu- oder abnimmt, musste man bei der Stadtbevölkerung auch eine entsprechend geringere Ausbildung der Grösse des Gehirns erwarten. Auf der andern Seite wächst jedes unserer Organe, also auch das Gehirn, stärker, wenn es innerhalb der Grenzen seiner physiologischen Leistungsfähigkeit stärker arbeitet, danach müsste also die Stadtbevölkerung ein grösseres Gehirn haben. Für Beantwortung der Frage benutzte Verf. Schädel, deren Kapazität er durch Ausfüllen der Schädelhöhle mit Hirsekörner und durch Messen bestimmte (Tiedemann'sche Methode).

	Stadtbevölkerung	Landbevölkerung
Mittlere Kapazität von 100 männlichen Schädeln	1523	1503
Minimum	1218	1260
Maximum	1815	1780
Mittlere Kapazität von 100 weiblichen Schädeln	1361	1335
Minimum	1103	1100
Maximum	1728	1683

Sowohl Männer als Frauen der Stadtbevölkerung haben nach diesen Ergebnissen im Durchschnitt einen grösser entwickelten Gehirnraum und dem entsprechend ein grösser entwickeltes Gehirn, als die Männer und Frauen der benachbarten Landbevölkerung.

Bei dem Minimum der Männer (1218) kommt der Einfluss im Allgemeinen kräftigerer und grösserer körperlicher Entwicklung der Landleute zu Tage.

Neben jenen Mittelzahlen ergaben die Einzelwerthe, dass die Zahl der Schädel mit vorzüglich entwickeltem Gehirnraum (Eucephale, Kephalone 1500 kc Kapazität und mehr) bei den Stadtbewohnern beiderlei Geschlechts im Durchschnitt eine beträchtlichere als bei den Landbewohnern.

Als Gesammtresultat ergiebt sich, dass trotz der im Allgemeinen geringeren Körpergrösse der Stadtbewohner beide Geschlechter derselben eine beträchtlichere Entwicklung des Gehirnraums als die Landbewohner zeigen.

In einem Anhang theilt Welcker mit, dass bei Messung von 32 männlichen Köpfen und Schädeln der Anatomie und von 32 Köpfen Studirender in Halle sich fand:

1) dass der Gehirntheil der Studirenden absolut grösser als der der Anatomieleichen ist;

2) dass das relative Verhältniss zwischen Gehirn und Gesichtstheil des Schädels ein verschiedenes ist; bei den Studirenden zeigt der Gehirntheil, bei den Anatomieleichen der Gesichtstheil ein Plus. M.

Experimentelle Physiologie.

5) **Der Einfluss des Central-Nervensystems auf die Wärmeregulirung des thierischen Körpers** von Arpád Bókai. (Orvosi hetilap. 2—5. 8—10.)

I. Der Einfluss der Rinde des Grosshirns auf die Temperaturverhältnisse des Körpers.

Nach Zerstörung der grauen Rinde beider Hemisphären tritt eine bis zum Tode andauernde erhebliche Wärmeerhöhung auf; dasselbe geschieht, wenn die Rinde nur einer Hemisphäre zerstört wird; die Zerstörung der vorderen Partien der Rinde geht

Digitized by Google

mit keiner Wärmesteigerung einher; bei der Zerstörung der hinteren Partien zeigt sich beträchtliche Wärmesteigerung im Mastdarm und das Thier verendet innerhalb 24 Stunden. Dass die graue Hirnrinde demnach die Körperwärme zu beschränken vermag, ist deutlich. Der wärmehemmende Einfluss der Hirnrinde rührt daher, dass beim Kaninchen im Occipitaltheile der Hirnrinde solche Nervencentren liegen, die auf das im verlängerten Marke befindliche gefässerregende Centrum von regulirendem Einflusse sind. — Bei Zerstörung des der hinteren Partie der mittleren Gehirnwindung entsprechenden Hirnrindengebietes steigt die Temperatur der hinteren Extremitäten ebenso, wie bei Zerstörung des der vorderen Partie dieser Windung entsprechenden Gebietes die Temperatur der vorderen Extremitäten steigt; aus dieser Wärmesteigerung müssen wir schliessen, dass die fragliche Partie der Hirnrinde auf die Wärmeverhältnisse der hinteren Extremitäten und wahrscheinlich des ganzen hinteren Körpertheiles hemmend einwirkt und dass diesen Einfluss wahrscheinlich das gefässverengende Nervensystem vermittelt. Aus all diesen Beobachtungen geht hervor, dass die der mittleren Windung entsprechende Hirnrinde wärmehemmender Natur ist und dass einzelne umschriebene Gebiete diese ihre Wirkung auf verschiedene Körpertheile ausüben, d. i. wir vermögen die wärmehemmenden Centren mancher Körperteile zu lokalisiren. In der Hirnrinde des Hundes giebt es gewisse Punkte, bei deren Reizung in gewissen Körpertheilen eine Wärmesteigerung eintritt, ohne dass man dieselbe von der Muskelarbeit ableiten könnte. Diese Punkte befinden sich in jenem Theile beider Hemisphären, welcher besonders dem vorderen und mittleren Theile der mittleren Windung uud einer kleinen Partie der diesem Gebiete angrenzenden unteren und oberen Windungen entspricht. In dem erwähnten Bezirke finden sich für die Extremitäten beider Körperhälften und wahrscheinlich auch für die ganze vordere Körperhälfte wärmesteigernde Hirnrindengebiete vor. Die bewussten Hirnrindenpunkte liegen in jenen Hirnrindengebieten, wo B. auch wärmehemmende Centren bestimmte und die er während der Reizung auch antraf. Die wärmesteigernden Punkte der hinteren Extremitäten und der hinteren Körperhälfte zu eruiren, gelang noch nicht, doch ist anzunehmen, dass auch solche vorhanden sind. Aller Wahrscheinlichkeit nach vermittelt das vasodilatatorische Nervensystem die Wirkung der wärmesteigernden Hirnrindentheile.

II. Der Einfluss des Rückenmarks auf die Temperaturverhältnisse des Körpers.

Bei der Durchschneidung des cervicalen Theiles des Rückenmarkes sinkt die Temperatur sowohl im Centrum, als an der Peripherie; schnitt B. das Rückenmark weiter unten bis jenseits der Mitte des dorsalen Theiles durch, so trat nur in den unteren Extremitäten und im Rectum Wärmeabnahme auf; wurde der Durchschnitt im Lumbaltheile geführt, so sank die Temperatur des Rectums und der Glutäalmuskeln bedeutend. Auf Grund dieser Beobachtungen behauptet B., dass die Durchschneidung des Rückenmarkes sowohl im Centrum als in der Peripherie von einer Wärmeabnahme begleitet ist. Diese Wärmeabnahme hat zwei Ursachen: Die eine ist die Abnahme der Wärmebildung, die andere die Zunahme der Wärmestrahlung. Nach B. tritt beim Durchschneiden des Rückenmarks Lähmung gewisser Muskeln ein, ihre Arbeit, mithin ihre Wärmeproduction, wird wesentlich beeinträchtigt. Natürlich schwindet die Wärmeproduction in dem Maasse, als die Zahl der gelähmten Muskeln zunimmt. Die Wärmeproduction sinkt daher beim Durchschneiden des Rückenmarks und dies ist eine Ursache der beträchtlichen Abkühlung. — Die Wärmestrahlung wird durch die gefässverengenden und gefässerweiternden Nerven, und durch die Nn. pressores und depressores beeinflusst. Beim Durchschneiden des Rückenmarks verhindern wir die durch die pressorischen und depressorischen Nerven bewerkstelligte Leitung der peripheren Reize zum vasomotorischen Centrum, ferner lösen wir die Nn. vasoconstrictores und dilatatores von ihrem Centrum im verlängerten Mark los, d. h.

Digitized by Google

wir stören den Mechanismus der Wärmeregulirung in jenen Körpertheilen, die ihre Nerven von der unterhalb des Durchschnittes befindlichen Rückenmarkspartie erhalten. Nach alledem hat die nach dem Durchschneiden des Rückenmarks eintretende Wärmeabnahme einen doppelten Grund, — erstens sinkt die Fähigkeit der Wärmeproduction, zweitens tritt eine zeitweilige Gefässnervenlähmung ein, die später wohl theilweise verschwindet, doch bleibt die Fähigkeit der Gefässe, sich den Wärmeverhältnissen zu accommodiren, gelähmt, da die regulatorische Kraft der reflectorisch wirkenden Nn. pressores und depressores ausgeschlossen ist, was eine Steigerung der Wärmestrahlung zur Folge hat. — Die klinisch beobachtete Steigerung der Temperatur nach Rückenmarksverletzungen erklärt B. dadurch, dass zufolge eingetretener Myelitis acuta theils Reizungserscheinungen vorhanden sind, die eine erhöhte Wärmeproduction der Muskeln nach sich ziehen, theils Reizerscheinungen der vasoconstrictorischen Centren, die eine krampfhafte Verengerung der peripheren Gefässe zur Folge haben, worauf eine Abnahme der Wärmestrahlung erfolgt.

Otto Schwartzer (Budapest).

6) Weitere experimentelle Beiträge zur Theorie des Schwindels von Prof. Högyes. (Orvosi Hetilap 1882. 12.)

Als Resumé seiner Untersuchungen führt H. an:

1) Der durch Drehung hervorgerufene Schwindel kommt bei einem und demselben Thiere je nach der Schnelligkeit des Drehens in verschiedener Intensität zum Ausbruch und hält im Verhältniss zur Dauer der Drehung verschieden lang an.

2) Der auf die gleiche Art hervorgerufene Schwindel hält bei verschiedenen Thieren verschieden lang an und ist von verschiedener Intensität.

3) Der durch Drehung erzeugbare Schwindel kann durch Drehung von entgegengesetzter Richtung sistirt oder beträchtlich verkürzt werden und ferner vorhergehende in entgegengesetzter Richtung ausgeführte Drehungen können die Nachwirkung der nach einer gewissen Richtung und in einer gewissen Zahl vorgenommenen Drehungen vermindern oder sistiren. Otto Schwartzer (Budapest).

7) Beiträge zur Lehre von dem Schicksal des Morphins im lebenden Organismus. Inaugural-Dissertation von W. Eliassow. (Königsberg 1882.)[1]

Die direct einander widersprechenden Behauptungen von Kauzmann, nach dem Morphin zum grössten Theil unzersetzt durch den Harn ausgeschieden wird, und von Landsberg, der weder bei subcutaner Injection, noch nach Einführung des Morphins in den Magen Morphinreaction im Harn erhalten konnte, veranlassten Verf. zu einer Anzahl von Versuchen an Thieren und Untersuchungen bei Menschen, aus denen hervorgeht, dass nach Einverleibung von grossen Dosen Morphin dasselbe mit Sicherheit im Harn nachzuweisen ist, nach kleinen Dosen dagegen erscheint im Harn eine Substanz, die wahrscheinlich ein Umwandlungsproduct des Morphins ist.

Bei Verabfolgung grosser Dosen zeigt sich gleichzeitig eine geringe Zunahme der gebundenen Schwefelsäure des Harns und eine nicht unerhebliche Zunahme der Ammoniakausscheidung. M.

Pathologische Anatomie.

8) Notes et observations sur la mikrocéphalie par Bourneville et Wuillamié. (Arch. de Neur. Nr. 10.)

Ein 59jähriger Mikrocephale von 48 cm Schädelumfang, gleichzeitig potator, bot die Erscheinungen nur mässigen Schwachsinns, litt seit dem achtzehnten Lebensjahre

[1] S. dies. Centralbl. S. 360.

Digitized by Google

bis mehrere Jahre vor seinem Tode an epileptischen Anfällen, sowie intercurrent an Delirium tremens und erhängte sich, ohne auffallende Zeichen anderweitiger Seelenstörung gezeigt zu haben. Das Gehirn wog nur 770 gr, das Grosshirn 640 gr und war ausgezeichnet durch sehr einfachen Windungstypus, tiefe Furchen mit ganz geringer Entwicklung von Secundärfurchen, besonders an dem Stirnlappen und den Windungen um die Fissura Rolandi. Die Insel lag, nach der Abbildung zu urtheilen, blos, was im Text nicht angegeben ist und überhaupt bei Beschreibungen mikrocephaler Gehirne auffallend selten hervorgehoben wird. Tuczek.

---

9) Gliom im obersten Theil des Filum terminale mit isolirter Compression der Blasennerven von Dr. B. Lachmann. Aus der med. Klinik in Giessen. (Arch. f. Psych. Bd. XIII. Heft 1.)

Ein 46jähriger Weichensteller litt seit zwei Jahren an Beschwerden beim Urinlassen, vermehrter Anstrengung und unwillkürlichem Abfluss; seit $1^1/_2$ Jahren waren Verdauungsbeschwerden, Schmerz und Erbrechen, Abmagerung hinzugekommen. Im letzten Jahr waren Parästhesieen (Formication, Hitze- und Kältegefühl) in den unteren Extremitäten vorhanden gewesen, hatten sich aber wieder verloren.

Bei der Aufnahme, 3. Februar, wurde ausser Atherom der peripheren Arterien und einer leichten Hypertrophie des linken Herzens die Blase als harter, gegen Druck sehr empfindlicher Tumor gefühlt. Von nervösen Störungen war ausser den Anomalien der Sphincterfunction nichts nachzuweisen. Nach mehrmaligem vorsichtigen Catheterisiren wurde der bis dahin klare, nur geringes Sediment enthaltende Urin stark blutig und eiweisshaltig; der Urin wurde von da ab spontan, ohne Anstrengung, aber mit erheblichen Schmerzen gelassen. Die Blasengegend blieb äusserst empfindlich. Auch in der folgenden Zeit wiesen alle Erscheinungen auf ein Leiden der Blase hin, so dass die Diagnose Carcinoma vesicae ziemlich sicher erschien. Abmagerung und Kräfteverfall nehmen in rapider Weise zu und Pat. starb im Collaps am 1. März.

Die Autopsie zeigte, dass der Conus medullaris in einen 6,5 Cm. langen, nach oben sich verjüngenden Tumor überging, der nach unten in das noch 9 Cm. lange Filum terminale sich fortsetzte. Derselbe hatte hirnmarkähnliche Beschaffenheit und an einzelnen Abschnitten etwas lappige Oberfläche. Die Nervenstämme der Cauda equina waren überall von dem Tumor zu isoliren. Mikroskopisch bestand der Tumor aus rundlichen und länglichen Zellen, die mit einem dichten Fasergewirr in Zusammenhang. Markhaltige Nervenfasern fanden sich nicht, dagegen reichliche Fettkörnchenkugeln. Im Rückenmark keine Degeneration.

Von dem übrigen Befund ist nur eine erhebliche Verdickung der Blasenwandungen und Hämorrhagieen der Schleimhaut, die aber vollständig glatt war, zu erwähnen.

Das klinische Interesse des Falles liegt in der isolirten Lähmung der Blasennerven bei fehlenden sonstigen Symptomen von Seiten spinaler Nerven. Letzteres erklärt sich eben aus dem Ausgangspunkt des Tumors vom Fil. terminale und von der Nichtbetheiligung der Cauda equina.

Verf. betrachtet den Tumor als congenital und als eine Art der vielgestaltigen Sacralgeschwülste. Am meisten Aehnlichkeit mit Verf.'s Fall scheinen zwei von Cruveilhier und Gowers beschriebene Tumoren des Filum terminale zu haben, auch mit Rücksicht auf ihre wahrscheinlich congenitale Natur. Eisenlohr.

---

10) Ueber die Veränderungen im Centralnervensystem, speciell in den Hintersträngen des Rückenmarks, bei Ergotismus von Franz Tuczek. (Arch. f. Psych. XIII. 1. S. 99—155 und Taf. III.)

Infolge starker Verunreinigung der 1879er Roggenernte mit Mutterkorn (bis zu 10 %) war in einem beschränkten Bezirk des Kreises Frankenberg (Reg.-Bez.

Digitized by Google

Cassel) von etwa 2500 Seelen der Ergotismus spasmodicus epidemisch aufgetreten. Es waren weit über 500 Personen daran erkrankt, und von den schwersten, mit Psychose complicirten Fällen, kamen 29 in der Marburger Irrenheilanstalt zur Behandlung. Die ersten elf derselben hat Siemens im XII. Band des Arch. f. Psych. veröffentlicht; T. theilt die weiteren achtzehn, sowie eine Anzahl ambulant an Ort und Stelle beobachteter Fälle und seine Befunde am Centralnervensystem bei den vier zur Obduction gelangten Kranken mit. — Die Psychose und die übrigen schwereren nervösen Symptome entwickelten sich fast immer monatelang nach den acuten Intoxikationserscheinungen als Theilerscheinung einer nachweisbaren allgemeinen Ernährungsstörung, eines oft hochgradigen kachectischen Zustandes, und sind daher nicht auf die Primärwirkung des Giftes zu beziehn, sondern auf secundäre, im Centralnervensystem vor sich gehende Prozesse, die allerdings ursprünglich durch das Gift eingeleitet wurden. Hierfür spricht auch die grosse Seltenheit der Sinnestäuschungen, trotz des kindlichen Alters vieler Patienten.

Die Form der Psychose war meist die der acuten Demenz neben Bewusstseinsstörungen verschiedenen Grades: Verlangsamung im Ablauf der Vorstellungen bis zum ausgebildeten Stupor, oft schmerzlich empfunden, in melancholischer Weise interpretirt und bis zur Selbstmordsucht gesteigert; Ausfall von Vorstellungen (Gedächtnissschwäche) und Unfähigkeit, neue Vorstellungen zu bilden (Blödsinn). Dabei, abgesehn von der Euphorie in höheren Blödsinnsgraden, immer deutliches, oft schweres Krankheitsgefühl. Unter die subjectiven Erscheinungen des Hirntorpors gehören das Gefühl psychischer und physischer Insufficienz, Unfähigkeit zu denken, Unlust zur Arbeit, Stumpfheit des Gefühls. Intercurrente Angstanfälle waren häufig; Angst kam aber auch primär unter dem Bild der Melancholie mit Versündigungsideen vor. Besonderes Interesse erregen zwei Fälle reiner Manie bei Kindern von sieben respective zwölf Jahren.

In allen Fällen bestanden zu irgend einer Zeit epileptische Anfälle, theils allgemeine Convulsionen, theils partielle Muskelcontractionen und -Spasmen und psychische Aequivalente. Als besondere Krampfformen seien hervorgehoben: Krämpfe im Gebiet des Facialis, Accessorius und einzelner Aeste des Plexus brachialis, Zwerchfellkrampf, Stimmritzenkrampf, Krampf der Schlundmuskulatur. Ein Fall bot während der epileptischen Anfälle das Phänomen der Pupillenverengerung unmittelbar nach dem initialen Schrei, wie Siemens in Nr. 5 d. Bl. mitgetheilt hat. Ausserhalb der Anfälle waren bei fast allen Kranken die Pupillen erweitert, aber nicht starr. — Verf. subsumirt diese motorischen Reizerscheinungen unter den Begriff der Rindenepilepsie, da erstens eine so gleichzeitige und so schnelle Abnahme der Intelligenz auf eine tiefe Ernährungsstörung der Hirnrinde weise; zweitens wegen des häufigen Vorkommens psychischer Aequivalente; drittens, da zuweilen unmittelbar nach den Anfällen und nur dann Ataxie als Ausdruck von Störungen in den Centren des Muskelbewusstseins, sowie atactische Sprachstörungen zu beobachten waren; endlich, da bei denselben Kranken alle Uebergänge von partiellen Krämpfen ohne Bewusstseinsstörung bis zum ausgebildeten epileptischen Anfall vorkamen.

Schwindel und Taumeln war ein allgemein verbreitetes Symptom, grosses Hunger- und Durstgefühl war häufig; zuweilen bestand Erbrechen.

Alle Kranken boten ferner Erscheinungen von Affection der Rückenmarks-Hinterstränge, welche T. in der That in den vier zur Obduction gelangten Fällen nachweisen konnte. Allen fehlte das Kniephänomen; dasselbe kehrte nicht wieder, wenn auch sonst die Genesung vollständig schien; weitere spinale Symptome waren: Parästhesien als: Kriebeln (daher der Name Kriebelkrankheit), Ameisenlaufen, blitzartige Schmerzen, Gürtelgefühl, Herabsetzung der Schmerzempfindlichkeit, Schwanken beim Stehn mit geschlossenen Augen, Ataxie. In einigen Fällen entwickelte sich so das fertige Bild der Tabes dorsalis.

Die vier untersuchten Rückenmarke gehörten Individuen von 9, 16, 20 und

Digitized by Google

33 Jahren. Die Hinterstrangaffection nahm die ganze Höhe des Rückenmarkes ein, war in zwei Fällen bis in die Reste der Keilstränge in der Oblongata zu verfolgen; sie war symmetrisch auf beiden Seiten und auf die Burdach'schen Stränge beschränkt; in dem intensivsten Fall, wo die Degeneration fast den ganzen Querschnitt der Hinterstränge einnahm, liess sich nachweisen, dass der Prozess in den Bandelettes latérales der ältere, primäre, war.

Die Beschreibung der histologischen Details — Atrophie der Nervenfasern und Zunahme des interstitiellen Gewebes mit reichlicher Entwicklung grosser Spinnenzellen —, sowie die Ausführungen über die systematische Auffassung und die Pathogenese des Prozesses sind im Original einzusehn. Verf. kommt zu dem Schluss, dass es sich in seinen Fällen um verschiedene Etappen einer Strangaffection handelt, die sich von der typischen Hinterstrangaffection (Tabes) durch nichts als durch acute Entwicklung und infolgedessen mangelnde Schrumpfung unterscheidet.

Mit Bezug auf die Natur des Kniephänomens wird hervorgehoben, dass in allen Fällen, auch im leichtesten, die Degeneration bis in das Lendenmark reichte. In diesem Fall, wo sich die Affection nur auf bestimmte Abschnitte der Burdach'schen Stränge beschränkte, war erst wenige Tage vor dem Tode das Kniephänomen verschwunden — ein Beweis, dass die Degeneration, welche einen exquisit chronischen Charakter zeigt, schon bestand, als das Kniephänomen noch vorhanden war, dass es daher ein sogenanntes symptomatisches Stadium, in welchem das Phänomen schon fehlen könne, nicht giebt. T. schliesst dann weiter, dass ähnliche Veränderungen im Lendenmark auch sämmtlichen anderen Fällen zu Grunde liegen und macht dies sehr wahrscheinlich durch den Nachweis, dass bei allen Fällen bis auf einen das Kniephänomen dauernd, noch nach zwei Jahren, weg blieb. Er erweitert den Westphal'schen Satz, dass das Fehlen des Kniephänomens zu den ersten Symptomen der Tabes gehört, dahin, dass das Verschwinden desselben das erste Symptom der Hinterstrangaffection sein kann, und deutet die einmal gemachte Beobachtung von verspätetem Eintritt des Kniephänomens vor dem Verschwinden zu Gunsten der Auffassung desselben als Sehnenreflex, zumal es ihm nie gelang, durch künstliche Erhöhung des Tonus des M. quadriceps das Phänomen zu erzeugen.

Der pathologische Befund im Gehirn beschränkt sich auf Pachymeningitis ext. in zwei Fällen, Blutreichthum des Gehirns, besonders der Grosshirnrinde und Verfettung der mittleren Gefässe derselben, sowie der ihr gleichwerthigen Substanz des Ammonshorns.

Nicht nur Zeichen von Hinterstrangaffection, sondern auch Epilepsie blieb sehr häufig als Nachkrankheit bestehn, und die Psychose recidivirte in mehreren Fällen; Intelligenzdefecte blieben fast immer zurück.

T. versuchte dann auch, bei Thieren durch Mutterkorn und seine Präparate die Hinterstrangaffection hervorzurufen. Zahlreiche Fütterungs- und Injectionsversuche an Mäusen, Hühnern, Kaninchen, Katzen und Hunden, fielen bisher negativ aus. Dagegen sah er bei subcutaner Injection von Sclerotinsäure in Dosen von drei bis vier Gramm bei Kaninchen regelmässig vorübergehende Ataxie auftreten. M.

Pathologie des Nervensystems.

11) **Périmeningite spinale aigue** par les docteurs G. Lemoine et M. Lannois. (Revue de médecine. Juin 1882.)

Den seltenen Fällen eitriger Perimeningitis (Peripachymeningitis, Entzündung des Bindegewebes zwischen Dura und Wirbelsäule) fügen die Verff. einen neuen bei.

Ein 22jähriger Soldat erkrankte zwei Tage nach einem leichten Trauma mit Schmerzen im Rücken und allgemeinem Unwohlsein. Zwei Tage später stellte sich eine Bewegungsstörung der Beine ein, welche rasch zunahm. In kurzer Zeit ent-

Digitized by Google

wickelte sich völlige motorische und sensible Paraplegie der unteren Extremitäten. Die Sehnenreflexe fehlten vollständig, auch die Hautreflexe waren bis auf geringe Andeutungen verschwunden. Retentio urinae et alvi. Wenige Tage später stellte sich auch eine fast vollständige Lähmung der Arme ein. Vorübergehende Ungleichheit der Pupillen. Ziemlich hohes Fieber, wobei die Temperatur in der Schenkelbeuge beständig etwas höher gefunden wurde, als in der Achselhöhle. Am siebenten Tage nach der Erkrankung Tod infolge Lähmung der Respirationsmuskeln. Starkes Sinken der Temperatur (bis auf 31·6°) und der Pulsfrequenz (bis auf 48) vor dem Tode.

Die Section ergab völlige Intactheit der Wirbel. Im Wirbelcanal, ausserhalb der Meningen, findet sich eine reichliche Eiteransammlung in der Ausdehnung vom siebenten Cervical- bis zum achten Brustwirbel hinab, am stärksten in der Höhe des zweiten und dritten Brustwirbels. In dieser Höhe ist das Rückenmark selbst völlig erweicht („fast zu einem Brei"), sonst normal. Ebenso zeigen die Meningen selbst überall normales Aussehen.

Verff. halten die Erweichung des Rückenmarks (mikroskopisch fanden sich keine Fettkörnchenzellen, nur Detritus) bloss für eine Folge des Drucks von Seiten des eitrigen, perimeningealen Exsudats (?). Strümpell.

12) **Étude sur les accidents apoplectiformes qui peuvent compliquer le début, le cours, la fin de l'ataxie locomotrice** par Lecoq. (Revue de médecine. Juin 1882.)

Auf Grund einer grösseren Anzahl eigener und aus der Literatur zusammengestellter Fälle bespricht L. die „apoplectiformen Zufälle", welche im Verlaufe der Tabes vorkommen können. Dieselben bestehen in Anfällen von Schwindel, Benommenheit, vorübergehenden halbseitigen motorischen oder sensiblen Störungen. Sie können während jeder Periode der Krankheit auftreten, sowohl im Anfange, wie gegen das Ende derselben. Zuweilen kommen sie gleichzeitig mit epileptiformen Zufällen oder auch combinirt mit den sogenannten „laryngealen Krisen" der Tabiker vor. Sie beruhen nach der Meinung des Verf. nicht auf Complicationen, sondern gehören zu der Tabes als solcher. Sie sind also analog den ähnlichen Erscheinungen bei der multiplen Sclerose und bei der allgemeinen Paralyse. Nur in denjenigen Fällen, bei welchen eine dauernde Hemiplegie oder Aphasie nach dem Anfall zurückbleibt, muss man eine Complication der Tabes mit einem andern, vielleicht von derselben Krankheitsursache abhängigen Krankheitsprozess annehmen. Strümpell.

13) **Anosmie bei Hirndruck** von Quincke. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. Nr. 14.)

Im Anschluss an Huguenin's Neuritis olfactoria (s. dieses Centralblatt Nr. 13) theilt Q. einen Fall mit, der zeigt, dass doppelseitige Anosmie mit Abplattung der Tractus olfactorii durch Druckvermehrung in der Schädelhöhle auch bei ferngelegenen Erkrankungsherden und ohne entzündliche Verdickung des Piaüberzugs vorkommen kann. Es handelt sich um „eine Cyste im Kleinhirn, welche, vielleicht mit dem Plexus choroideus des vierten Ventrikels zusammenhängend, die Unterfläche des Wurms comprimirte, in die linke Kleinhirnhemisphäre hineingewachsen war, den Boden des vierten Ventrikels abgeplattet und diesen selbst erheblich ausgedehnt hatte. Ausserdem bestand bedeutende hydrocephalische Ausdehnung der drei vorderen Ventrikel mit Verdickung ihres Ependyms, Abplattung der Hirnwindungen und Verstrichensein der Arachnoidealräume. Beide Tractus olfactorii, namentlich deren Bulbi, sind sehr stark abgeplattet. Die Dura mater war stark gespannt, injicirt; an der Innenfläche des mit blutreicher Diploë versehenen Schädels osteophytische Auflagerungen." —

Digitized by Google

Während des Lebens hatte ausser den gewöhnlichen Erscheinungen von Kleinhirntumor Stauungspapille mit völliger Amaurose und totaler Verlust des Geruchs bestanden. — Dem einen Erklärungsversuche, dass nämlich die Lymphgefässe der Nasenschleimhaut durch Erhöhung des intracraniellen Druckes abnorm gedehnt worden seien und die peripheren Nn. olfactorii auf ihrem Wege von der Nasenschleimhaut durch die Siebbeinplatte zum Bulbus comprimirt hätten, sodass beim Fehlen peripherer Erregung oder infolge aufsteigender entzündlicher Infiltration diese sammt den Tractus atrophirten, möchte Ref. den anderen einfacheren vorziehen, dass es nämlich durch Druck des Tumors auf die V. Galeni und den Aquaeductus Sylvii (namentlich aber doch wohl durch Verschliessung des Foramen Magendii und der Apertt. latl. des vierten Ventrikels. Ref.) auf dem Wege des Hydrocephalus int. zu allgemeiner Erhöhung des intracraniellen Drucks gekommen ist, unter dem die Tractus olfactorii mit litten. Wie sie freilich plattgedrückt werden konnten, bleibt bei der gleichmässigen Vertheilung des Hirndrucks schwer verständlich. Tuczek.

---

14) Ein Fall von recidivirendem Herpes zoster ophthalmicus von Dr. A. Nieden in Bochum. (Ctrlbl. f. prakt. Augenheilkunde. 1882. Juni. Sep.-Abdr.)

Verf. hat einen Fall beobachtet, bei dem er im Verlaufe von sechs Jahren fünfmal ausgesprochene Attaquen von Herpes zoster ophthalmicus zu behandeln Gelegenheit hatte. Als Ursache giebt Pat. selbst eine schwere Verletzung der Halswirbelsäule an, die er durch das Auffallen eines Baumstammes auf seinen Nacken im Herbst 1869 erlitten hatte. Die Untersuchung ergiebt eine taubeneigrosse knochenharte Verdickung des Proc. transversi des zweiten bis vierten linken Halswirbels; die Halswirbelsäule ist nach rechts dislocirt. Die entsprechende Halsgegend ist vorn bei starkem Druck in die Tiefe gleichfalls schmerzempfindlich. Der Anfall beginnt mit intensiven Kopfschmerzen; die ganze linke Gesichtshälfte ist stark hyperästhetisch, intensiv geröthet und mit Schweiss bedeckt, Conjunctiva hyperämisch, starkes Thränen; Pupille eng, auch durch Atropin nur unbedeutend zu erweitern. Während des Anfalls sind Herzpalpitationen und Päcordialangst vorhanden. Einige Tage nach Beginn der Reizerscheinungen Herpesausschlag der linken Stirn- und Nasenhälfte und der linksseitigen Augenlider; dabei Remission der Schmerzen. In dieser typischen Weise wurde die Affection in sechs Jahren fünfmal beobachtet.

Verf. hält in diesem Fall eine secundäre Affection des Gangliom supremum sinistr. n. sympathici für sicher. F. Krause.

---

15) Ueber einen Fall von Ponshämorrhagie mit secundären Degenerationen der Schleife. Aus der Klinik von Prof. Kussmaul in Strassburg. Von Dr. Paul Meyer. (Arch. f. Psych. etc. B. XIII. H. 1. 1882.)

Ein 48jähriger Mechaniker, der vor fünf Jahren schon einen leichten apoplectischen Anfall ohne bleibende Lähmungserscheinungen gehabt, bekam am 1. Febr. 1870 nach einem Gemüthsaffect Articulationsstörung, rechtsseitige Facialislähmung, Flexionscontractur im linken Ellbogengelenk ohne Insult und Störung des Bewusstseins. Vier Tage darauf nach neuer psychischer Aufregung hochgradige Störung der Intelligenz, lautes Delirium. Man constatirt im Hospital totale rechtsseitige Facialislähmung (aller Aeste), Erschwerung der Zungenbewegungen, motorische Schwäche und Unsicherheit im linken Arm (ohne Contractur), Parese des linken Beins, hochgradige Anästhesie der linken Körperhälfte, Hyperästhesie der rechten und herabgesetzte Empfindung der linken Gesichtshälfte, verminderte Sensibilität der rechten Cornea und Conjunctiva, complete Lähmung des rechten Abducens und linken Rectus internus, beginnende Keratitis rechts. Pupillenreaction und ophthalmosko-

Digitized by Google

pischer Befund normal. Patellarreflex links gesteigert. Die motorische Schwäche des linken Armes und Beines besserte sich bald, doch blieb eine hochgradige Ataxie und Ungeschicklichkeit der linken obern Extremität in Verbindung mit exquisiter Störung des Muskelgefühls zurück. Im Juli war der Zustand folgender: Anästhesie verschiedenen Grades auf der ganzen linken Körperhälfte mit Einschluss der linken Kopfhälfte; am hochgradigsten für alle Qualitäten der Sensibilität an der linken Oberextremität, in abnehmender Reihenfolge an Unter- und Oberschenkel, Rumpfhälfte und Fusssohlen, geringgradig in der linken Gesichtshälfte. Bauch- und Cremasterreflex fehlt beiderseits, Plantarreflex links herabgesetzt, Patellarreflex erhöht. Conjunctivalreflex fehlt rechts fast vollständig. Keine motorische Lähmung der Extremitäten, nur unbedeutende Herabsetzung der Kraft der linken Oberextremität, aber eine beträchtliche Incoordination und Ungeschicklichkeit der Bewegungen letzterer. Die electrische Untersuchung ergiebt ausgeprägte volle Entartungsreaction im rechten Facialisgebiet. Im September deutliche Abflachung der rechten Gesichtshälfte, die Zunge tief gefurcht, die Sprache mehr und mehr unverständlich. Hustenanfälle mit zähem Auswurf; rascher Kräfteverfall. Im October Dyspnoe mit stockender Expectoration. 19. October Exitus letalis.

Bei der Section fand sich eine Narbe am Penis, Induration und Schrumpfung beider Hoden und Nebenhoden.

Im Gehirn eine Ausbuchtung der vorderen rechten Hälfte des vierten Ventrikels und gelbbraune Verfärbung der betreffenden Partie des Ventrikelbodens.

Die genaue Untersuchung des Pons und der Medulla oblongata nach der Härtung an Querschnitten stellte einen in den unteren zwei Dritteln der rechten Hälfte des Pons gelegenen alten apoplektischen Herd fest, — der — mit Verschonung der Pyramidenbahnen und überhaupt der ventralen Abschnitte der Brücke die rechte Hälfte der Haube, die Formatio reticularis und das Schleifengebiet (Roller) occupirt. Der betreffende Herd hatte zerstört: den Facialis-Abducenskern mit den Wurzelfasern des Abducens, den unteren (eigentlichen) Facialiskern und den Facialis selbst in Ursprung, Knie und Austritt. Die Stämme des rechten Facialis und Abducens zeigten exquisite Degeneration zahlreicher Fasern. Die Wurzeln des Trigeminus und Oculomotorius waren intact. Der Kern des motorischen Quintus ziemlich vollständig erhalten; nur sein oberer Theil im Herd inbegriffen. Die absteigende Wurzel des Trigeminus in ihrem Verlaufe bis zum Austritt des Nerven erhalten, an letzterer Stelle aber durch narbiges Gewebe ersetzt, der sensible Trigeminuskern wesentlich intact. Das Gebiet der grossen aufsteigenden Quintuswurzel ebenfalls nur unbedeutend betroffen, dagegen sind jene Faserbündel, welche vom locus coeruleus zum gekreuzten Trigeminus gelangen und solche, die von der grossen Quintuswurzel zur Raphe ziehen, ferner die obere Olive und ein Theil der tiefen Ponsfasern zerstört.

Die verschiedenen Arme des Kleinhirns sind nur in ganz unbedeutendem Grade von dem Herd tangirt. Während der eigentliche Herd mit seinem vordersten Ausläufer in der Formatio reticularis in der Höhe der vorderen Spitze des vierten Ventrikels beginnt, sich ungefähr bis zur grössten Breite des letzteren herüberstreckt, finden sich nach auf- und abwärts in weiter Ausdehnung secundäre Degenerationen, die einen ganz bestimmten Bezirk — die Schleifenschicht — betreffen. In der unteren Vierhügelgegend ist genau die mediale und laterale Schleife rechts mit Ausnahme des medialsten Abschnittes (des Bündels vom Fuss zur Schleife) degenerirt (Körnchenzellen); in der vorderen Vierhügelgegend hört diese Degeneration der Schleife auf. Im proximalen Theil des vierten Ventrikels ist die Schleife in ihrer Totalität entartet, so auch in der grössten Ausdehnung des hämorrhagischen Herdes.

Digitized by Google

Nach abwärts von dem unteren Ende des letzteren findet sich ebenfalls degenerirt die Schleife, die Formatio reticularis (mittleres und seitliches motorisches Feld), in der Medulla oblongata die untere Olive und die anstossende substantia reticularis, die Pyramide und die übrigen Abschnitte stets intact. Im unteren Theile der Medulla oblongata (der sensiblen Pyramidenkreuzung) ist rechts unmittelbar hinten an dem compacten Pyramidenstrang eine degenerirte Zone zu erkennen, von dreieckiger Gestalt. Im Bereich der motorischen Pyramidenkreuzung ist diese Stelle kleiner geworden, liegt an der Peripherie des Seitenstrangs, unmittelbar angrenzend an die vorderen Wurzeln. Unterhalb des dritten Halsnerven keine Veränderung mehr.

Sowohl in der Pia der Convexität und im Centrum ovale, als in Pons und Medulla oblongata fanden sich zahlreiche miliare Aneurysmen. Dieselben liefern für das Zustandekommen des apoplectischen Herdes eine Erklärung; ein Zusammenhang mit den bei der Section gefundenen syphilitischen Residuen ist unwahrscheinlich.

Auffallend ist, dass die secundär degenerirten Partieen unterhalb des Herdes ein histologisch verschiedenes Verhalten von denen oberhalb darbieten: aufwärts reichliche Körnchenzellen, Bindegewebe fast unbetheiligt, abwärts Verschmälerung der Nervenfasern, Vermehrung des Gliagewebes, keine Körnchenzellen, — ein Unterschied, der keine bestimmte Erklärung zulässt.

In Betreff der interessanten epikritischen Ausführungen des Verf., der Auseinandersetzung der Beziehungen zwischen anatomischem Befunde und den klinischen Erscheinnngen, den Störungen der Sensibilität, des Muskelgefühls, der conjugirten Augenmuskellähmung u. s. w. müssen wir auf das Original verweisen. Eine Reihe von Abbildungen erläutert die anatomischen Verhältnisse. Eisenlohr.

---

16) Reflexneurosen und Nasenleiden. Rhinochirurgische Beiträge von Dr. W. Hack in Freiburg i. B. (Sep.-Abdr. aus der Berl. Klin. Wochenschr. 1882. No. 25.)

Die bemerkenswerthe Thatsache, dass Neurosen der verschiedensten Form auf reflectorischem Wege durch meist geringfügige Erkrankungen der Nasenschleimhaut hervorgerufen und durch eine auf letztere gerichtete Behandlung prompt beseitigt werden, findet in mehreren vom Verf. beobachteten Fällen interessante Illustration.

1) Ein hartnäckiger, seit 20 Jahren bestehender Niesskrampf verschwand nach einmaliger Cauterisation einer injicirten Schleimhautstelle über der rechten mittleren Muschel.

2) Niesskrampf und Asthma, seit acht Jahren bestehend, wurde ebenfalls durch galvanokaustische Behandlung einer diffusen Schwellung der Schleimhaut über beiden mittleren und unteren Muscheln beseitigt.

3) Bei einem mehrjährigen Krampfhusten mit heftigen, meist nächtlichen Anfällen entdeckte Verf., obwohl kein Symptom für ein Nasenleiden sprach, einen erbsengrossen Polypen an der rechten mittleren Muschel, nach dessen Exstirpation der Husten sofort verschwand; ein Recidiv war durch einen neuen kleinen Polypen an derselben Stelle bedingt und wurde durch dessen gründliche Ausrottung ebenfalls definitiv beseitigt.

Der betr. Fall lieferte dem Verf. eine Bestätigung seiner anderweit experimentell festgestellten Beobachtung von Uebertragung der Reflexe von der Nasenschleimhaut auf die motorischen Vagusfasern. Wie die Erkrankungen der Nasenschleimhaut, so können auch die Affectionen des Nasenrachenraums reflectorisch zu allerhand nervösen und krampfhaften Stauungen führen. Ein Fall von Glottiskrampf bei einem sonst gesunden Arzt, ein anderer von lästigem Keuchhusten und Vomitus documentirten diese Abhängigkeit von Localerkrankungen des Pharynx durch das prompte Verschwinden nach entsprechender Localbehandlung.

Digitized by Google

4) Im Gefolge häufiger Schnupfenattaken auftretende Anfälle von Flimmerscotom und doppelseitiger Supraorbitalneuralgie blieben aus nach Zerstörung einiger kleiner äusserst empfindlicher Granulationen an der linken mittleren Muschel in einer Sitzung.

5) Die Entwicklung häufig recidivirender Nasenpolypen machte sich gewöhnlich durch doppelseitige Ciliarneuralgieen bemerklich. Nach gründlicher Entfernung mit der galvanokaustischen Schlinge kehrte noch ein kurzer Anfall, unmittelbar nach der Operation, später keiner mehr wieder.

6) Eine Schleimhautschwellung über der rechten unteren Muschel war von lästigen Schmerzen, die vom rechten Augenwinkel in die Augenlider ausstrahlten, begleitet. Nach einigen Cauterisationen verschwanden die Schmerzen völlig und verminderten sich die Schnupfenattaken.

Fall 7) und 8) sind bemerkenswerth als Beispiele langdauernden und quälenden Kopfdrucks und Kopfschmerzes auf der Basis chronischer Erkrankung der Nasenschleimhaut (im zweiten Fall selbst mit hypochondrischer Verstimmung) und einer prompten Heilung durch locale Behandlung.

Möglicherweise beruhte auch ein heftiger rechtsseitiger Gesichtsschmerz im Fall 9), der aber zur Zeit der Beobachtung nicht mehr vorhanden war, sondern einem Stirnkopfschmerz Platz gemacht hatte, auf einer vorhandenen Erkrankung der mittleren Muschel; der Erfolg der Localtherapie auf die nervösen Beschwerden war auch in diesem Falle eclatant. Ein Fall von Epilepsie ist trotz der auffallenden Veränderung der Neurose nach einmaliger Touchirung des granulösen Rachens in dem supponirten Verhältniss sehr zweifelhaft.

Für manche Fälle, z. B. von Kopfschmerz, dürfte nach Verf. der anatomische Zusammenhang der Lymphgefässe der Nasenschleimhaut mit dem subduralen und subarachnoidealen Lymphraume des Gehirns nicht ohne Bedeutung sein. Am wichtigsten und für die Therapie bedeutungsvollsten ist aber das Factum, dass geringfügige Nasenleiden von schweren Neurosen begleitet sein können.

Eisenlohr.

Psychiatrie.

17) **De l'asphyxie locale des extremités dans la période de dépression dans la folie à double forme** par Ritti. (Ann. méd. psych. Juli 1882.)

Bei zwei Kranken mit circulärer Geistesstörung fand R. während der Depressionsperiode die Haut der Finger oder Zehen weiss oder blassviolett und anästhetisch. Mit dem Wiedereintritt der Erregung verschwanden die Erscheinungen. Bei der einen Kranken verringerte sich die Pulsfrequenz von etwa 90—100 während der Excitation auf 66, bei der anderen von etwa 72 auf 60—45 während der Periode der Depression, zugleich wurde der Puls sehr klein. Die Gesammtdauer der einzelnen Phasen war im Allgemeinen eine sehr kurze, bei der ersten etwa drei Wochen, bei der zweiten Kranken 12—18 Tage für die aufgeregte, 20—22 Tage für die deprimirte Periode.

Moeli.

18) **La famille Lochin** par Reverchon. (Ann. méd.-psych. Juli 1882.)

Sechs Personen derselben Familie, von denen keine vorher Geistesstörungen, nur eine Tochter ein etwas hysterisches Wesen dargeboten hatte, erkrankten gemeinschaftlich. Die Familie lebte nicht besonders abgeschlossen, nicht übertrieben religiös, ihre Intelligenz war eine mittelmässige.

Als die eine Tochter mit Schwäche der Beine und Frösteln erkrankte und auch die übrigen Familienglieder eine gewisse Schwäche und Verminderung des Appetits spürten, wandte man sich, da ärztliche Behandlung erfolglos blieb, an einen Hexen-

Digitized by Google

meister. Dieser gab ihnen an zwei verschiedenen Tagen ein Gebräu unbekannten Inhalts ein. Bald darauf brechen lebhafte Hallucinationen aus, sie sehen allerhand Thiere, Schlangen und Mäuse, Lichtschein, Flammen. Dabei Gefühl von Zusammenschnürung des Halses, heftiger Durst, grosse Schlaflosigkeit; sie glauben sich vom Teufel besessen, irren im Feld herum; die eine Tochter beisst ihrem Bruder zweimal in die Zunge; sie werden handgreiflich gegen die Nachbarn, weil dieselben ihnen schädliche Dünste anbliesen. Dazwischen Jammern und beten, fortwährendes Ausspucken der schädlichen Stoffe. Objectiv: Röthung des Gesichts, sehr weite Pupillen, Schweiss. Alle Erscheinungen treten bei den Kranken nach 8—14 Tagen Anstaltsbehandlung zurück.

Verff. glauben, dass es sich um eine Intoxication mit einer Solanee (weite Pupille, Trockenheit des Halses, Uebelkeit, Hallucinationen) gehandelt habe, und dass die lange Dauer des Deliriums durch die wiederholte Einnahme des Tranks bedingt gewesen sei. Der Wundermann erhielt drei Monate Gefängniss. Moeli.

19) Insanity from traumatisme von Verity. (Amer. Journ. of Neurol. and Phys. II. p. 193.)

Wurde nach einem Trauma des Schädels salopp faul, trunksüchtig, dann (!) Gehörshallucinationen. Nach drei Jahren Suicidium. Adhäsionen der Pia.
Moeli.

20) Beitrag zur Lehre von dem im Kindesalter entstehenden Irresein von Dr. Fr. Moeller. (Arch. f. Psych. XIII. S. 188.)

Im Anschluss an eine Discussion des diesbezüglichen statistischen Materials theilt M. drei Fälle mit: 1) 15jähriger Knabe, schwere hereditäre Belastung, lebhaftes Naturell, schlechte häusliche Verhältnisse, harte Behandlung, Feindseligkeit gegen den Stiefvater, Wechsel des Gewerbes, zwei Tage darnach Aufregung, Zornmüthigkeit, Grössenwahn, Ideenflucht, vielleicht Gesichts- und Gehörstäuschungen, schlechter Schlaf, Gemeingefährlichkeit. Bei der Aufnahme: Kindlicher Habitus, kein Degenerationszeichen, Verhalten anfänglich maniakalisch exaltirt; in den folgenden Tagen zeitweise Depression, die durch längere Zeit mit maniakalischen Phasen wechselt, Heilung unter allmählicher Zunahme der ruhigen und klaren Phasen; Dauer gegen $1^1/_2$ Jahre.

2) 13jähriges Mädchen, Grosstante früher geisteskrank, als Kind wild, im zwölften Jahre Zuckungen in den Händen und Beinen; plötzlicher Beginn der Geistesstörung des Nachts unter den Erscheinungen eines auf Gehörshallucinationen, später auch solchen des Gesichts und Gefühls (?) basirten Verfolgungswahns; später im Gefolge von Abspannung und Müdigkeit, Anfälle von Schlafsucht. Etwa ein halbes Jahr nach Beginn plötzliches Ende des Verfolgungswahns, der schliesslich systemisirt erscheint (die Buben rufen „aus dem Unterirdischen"), und Uebergang in einen ganz systematisch ausgearbeiteten Grössenwahn; später Zunahme und Verlängerung der Schlafanfälle; Verhalten in der Anstalt (etwa neun Monate seit Beginn der Erkrankung) ganz im Sinne eines ausgebildeten Grössenwahns; die Schlafanfälle sind verschiedener Art, in dem einen sind heftigere Geräusche, tactile Reize etc. nicht im Stande, die Kranke zu erwecken, in den anderen genügt selbst ein leichter Reiz; dann zeigt die Kranke noch Anfälle, in welchen sie plötzlich minutenlang mit offenen Augen starr dasteht, oder blöde lächelnd automatisch eine Handlung begeht. Sehr lebhaftes Traumleben im Sinne der vorhandenen Wahnideen. Die Schlafanfälle werden von der Kranken im Sinne des Verfolgungswahns gedeutet, gewisse besonders intensive Vorstellungen (Aussicht auf Entlassung) vermindern für wenige Tage die Neigung

Digitized by Google

zu den Anfällen; während der Menses sind die Anfälle häufiger und länger. Intelligenz im engeren Sinne nicht gestört; Chlorose. Kranke noch in Beobachtung.

3) Achtjähriges Mädchen, Mutter nächtliche Krampfanfälle ohne Bewusstseinsverlust; Geistesstörung im Anschluss an Scharlach; das Kind wird verschlossen, zeigt Abneigung gegen die Umgebung, anfallsweise Angstzustände, basirt auf Gesichtshallucinationen, Selbstmordversuche „um Ruhe zu bekommen", in den freien Zeiten gesprächig, heiter, in der Anstalt Angstanfälle nicht beobachtet, das Kind ist aber scheu, spricht nichts, beim Besuch der Mutter ängstlich, allmählich zugänglich, beschäftigt, entlassen nach vier Monaten; späteren Nachrichten zufolge normal, vielleicht geistig etwas zurück, gemüthlich sehr sensibel. A. Pick.

Therapie.

21) **Ueber Nervendehnung** von Prof. Dr. C. Gussenbauer. (Prager medezin. Wochenschr. 1882. Nr. 1—3.)

G. hält die veränderte Nerventhätigkeit nach Dehnung für eine directe Folge der die Nervensubstanz selbst treffenden mechanischen Einwirkung, welche sich nach seinen mit Braun gemeinschaftlich unternommenen Versuchen auch auf die Centralorgane erstreckt, indem nicht nur das ganze Rückenmark um 2—3 mm verschoben wird, sondern auch Locomotionen des Schädels erzielt werden können. Er hat sechs Fälle von sicherer Tabes und einen Fall von Neuritis ascendens gedehnt, in zwei Fällen von schwerer Ischias unternahm er die sog. unblutige Dehnung je eines Ischiadicus; es wird nämlich am narkotisirten Kranken durch maximale Flexion im Hüftgelenk und gleichzeitige Hyperextension im Knie- und Sprunggelenk der Ischiadicus angespannt.

Ueber die Erfolge berichtet ausführlicher G. v. Weltrubsky gesondert.

A. Pick.

Forensische Psychiatrie.

22) **Discussion über Guiteau's Geisteszustand im Anschluss an den Vortrag Hammond's.** (s. Centralbl. S. 233. Journ. of Neurol. u. Psych. II. 267.)

Die meisten der Redner sprachen sich gegen die Hinrichtung Guiteau's und die Meinung H.'s, dass dieselbe Andere von ähnlichen Vergehen abschrecken werde, aus. Kiernau (l. cod. 283) schliesst Simulation bei G. aus und führt einige Beobachtungen von Simulation bei Geisteskranken (Schwachsinnigen) an. Moeli.

Anstaltswesen.

23) **Maison de Santé de Préfargier.** Exercice de 1881. 33me Rapport annuel par le Dr. Chatelain, Directeur.

Dr. Ch., unter dessen zwanzigjähriger Leitung die Anstalt zu hoher Blüthe gelangt ist, nimmt in diesem Berichte Abschied. Auch das letzte Jahr zeigt die stetigen Fortschritte, deren sich die wohlrenommirte Anstalt zu erfreuen hatte. Es wurden aufgenommen 63 Kranke (7 mehr als im Vorjahre), entlassen 59, so dass der Bestand ult. 1881 128 (66 M. 62 Fr.) betrug.

Die Zahl der Heilungen betrug 21. Auffallend ist das Verschontbleiben der Kranken der Anstalt von körperlichen Krankheiten. In der Leitung der Anstalt folgt Dr. Burckhardt. M.

Digitized by Google

III. Aus den Gesellschaften.

Königliche Gesellschaft der Aerzte zu Budapest.

Wilhelm Tauffer hält seinen Vortrag über den gegenwärtigen Stand der Frage der Castration der Frauen; berichtet über seine operirten Fälle, und erwähnt darunter jene Psychosen, die mit dem Geschlechtsleben zusammenhängen. Von Psychosen bildeten zwei Fälle den Gegenstand der Operation. 1) Baronin X. Y. wurde am 6. Januar 1880 in die Schwartzer'sche Heilanstalt (hysterische Verrücktheit, gepaart mit nymphomanischen Erscheinungen) aufgenommen. Nebst diesen Symptomen war auch das ausgeprägte Bild der Spinalirritation vorhanden. Da man die Psychose mit der — nach genauer Untersuchung der Geschlechtsorgane constatirten Hyperästhesie der Ovarien in Zusammenhang brachte, so schien die Entfernung der Ovarien indicirt. Operation am 18. April 1880. Entschiedene Besserung der Psychose. Auch die Erscheinungen der Spinalirritation schwanden. Sechs Tage nach der Operation traten besonders zur Abendzeit Reizungserscheinungen auf, die sich stets steigerten, sodass am 12. Juli das vollkommene Bild der Manie zugegen war. Vier Tage später trat eine menstruale Blutung ein, die sich noch am 3. August wiederholte. Am 13. März konnte Patientin gebessert entlassen werden, doch schon am 15. trat ein Recidiv ein. Im Februar 1882 ist wieder eine wesentliche Besserung zu constatiren. Erscheinungen der Nymphomanie und der Spinalirritation sind seit der Operation vollkommen verschwunden. — 2) Frau X. von Y., 41 Jahr alt, aufgenommen in die Dr. Schwartzer'sche Heilanstalt am 21. Dezember 1879, als an climacterischer Psychose leidend. Hyperästhesie der Ovarien. Beginnende Dementia. Operation am 18. April 1880. Fünf Monate später stellte sich vollkommene Dementia ein. Als Resumé seiner Erfahrungen theilt T. mit 1) Hystero-Epilepsie ist durch Castration heilbar. 2) Die mit dem Sammelnamen Hysterie bezeichneten Symptome sind richtig analysirt oft auf Ovarialerkrankungen zurückzuführen. 3) Die Frage, ob gewisse Psychosen durch Castration heilbar sind, ist eine offene. Bei der hierauf eröffneten Discussion spricht zur psychiatrischen Frage vorerst Julius Niedermann. Er meint, dass die hereditären Psychosen ebenso heilen wie die acquirirten, dass man einen Erfolg der Castration nur bei Ernährungsstörungen des Gehirns, also bei Melancholie, Manie, nie aber bei Verrücktheit (? fusst diese also nicht auf Ernährungsstörungen?) erreichen kann; dass mit künstlichen Climax nie eine Psychose geheilt werden könne; dass die Hystero-Epilepsie diesen Namen nicht verdiene, sondern eher als ein Epilepsoid (?) bezeichnet werden müsste und bespricht schliesslich die (neuererzeits vollkommen und mit Recht negirten, angeblichen) Gewichtsverluste der Epileptiker, an welchem Gewichtsverluste Niedermann festhaltend meint, dass solcher bei der Hystero-Epilepsie nicht beobachtet wurde. Dem gegenüber erörtert Otto Schwartzer die Gesichtspunkte, auf Grund deren in den beiden Fällen die Indication zur Castration aufgestellt wurde. Sch. bespricht das pathologische Bild der Spinalirritation und den Zusammenhang derselben mit den Psychosen, ferner den Zusammenhang zwischen der sexualen Sphäre und dem Rückenmark einestheils und Rückenmark und Gehirn anderntheils. Im ersten Falle liefert die schwere Hysterie die Indication zur Castration, im zweiten Falle handelte es sich hauptsächlich um die Verkürzung des Involutionsprozesses. Niedermann's Ansichten bilden keineswegs Corollarien der Wissenschaft, sondern sind rein individueller Natur, demnach die Verantwortung für die aufgestellten Behauptungen nur ihn trifft. Ferner erwähnt Schwartzer, dass er im Verein mit seinem Amtscollegen Carl Lechner der Frage der Castration bei den Psychosen eine umfangreiche Monographie widmen wird. — Schliesslich bespricht Victor Babes an der Hand interessanter statistischer Daten die pathologisch-anatomische Seite der Frage und berichtet, dass er bei Hysteroepilepsie sfets nur cerebrale Hyperämie fand. Nach unwesentlichen persönlichen Bemerkungen setzt Laufenauer das Bild und unsere heutigen Kenntnisse der Hysterie auseinander — worauf die Sitzung vom Vorsitzenden Balogh geschlossen wurde.

Digitized by Google

Aus der Ophthalmological Society of England. (Sitzung v. 7. Juli 1882.) The Lancet Juli 22. 1882.

I. In einer Mittheilung von Dr. Oglesby „on miners nystagmus" sucht Vortr. die Anschauung zu begründen, dass der in letzter Zeit vielbesprochene Nystagmus der Bergleute ein Symptom cerebraler Reizung und dadurch bedingt sei, dass die andauernd verkrümmte Haltung dieser Arbeiter anfangs vorübergehende, später stationär bleibende intracranielle Circulationsstörungen hervorrufe. Die nach O. häufige Combination des Leidens mit epileptiformen Zufällen (petit mal), sowie das Aufhören des Krampfes in Ruhe, sowie bei aufrechter Haltung bestärken ihn in seiner Theorie — die übrigens im Kreise der Versammlung ziemlich einhelligen Widerspruch fand.

Von allen Seiten wurde der Deutung des Nystagmus der Bergleute als „musculären Ermüdungskrampfes" nach Analogie des Schreiberkrampfes (Hughlings Jackson) mit Entschiedenheit das Wort geredet. Die anstrengende Arbeit bei ungenügender Beleuchtung, die gezwungene Haltung (meist Rückenlage), in welcher die Arbeiter mit nach aufwärts gerichtetem Blicke zu verharren genöthigt sind, genügen als veranlassende Momente einer derartigen Neurose. Damit im Einklang steht das Resultat einer von Dr. Nettleship bei den in Bergwerksdistrikten praktizirenden Aerzten angestellten Enquête, wonach es wesentlich die den genannten Schädlichkeiten in hervorragender Weise exponirten Steinkohlenarbeiter sind, bei denen das Leiden die grösste Verbreitung zeigt. Damit stimmt ferner die von O. selbst hervorgehobene Thatsache, daes bei der Blickrichtung nach oben die ersten Symptome des Krampfes bemerkbar zu werden pflegen.

Die therapeutischen Erfahrungen, über die in der Versammlung Mittheilung gemacht wurde, decken sich mit den bei anderen coordinatorischen Beschäftigungskrämpfen gewonnenen Resultaten: Sehr geringer Erfolg interner und electrotherapeutischer Maassnahmen. Wesentliche Besserung, meist Heilung durch Entfernung des Patienten aus seiner Beschäftigung und ihren Noxen.

II. „Ueber die Association der Lidbewegungen mit der Bewegung des Augapfels" wurde durch den Vortrag von Lang und Fitzgerald eine interessante Discussion angeregt. Entgegen der von Gowers vertretenen Anschauung, wonach die Solidarität der Lid- und Bulbusbewegungen in der festen Einfügung der Tarsalknorpel, in dem sulcus sclerotico-cornealis ihren anatomischen Grund haben sollte, suchen L. und F. nachzuweisen, dass auch nach Trennung der Contiguität zwischen Unterlid und Bulbus, sowie bei phthisischer Schrumpfung des letzteren die Congruenz dieser Bewegungen erhalten bleibt. Sie glauben die anatomische Verbindung der Lider untereinander und mit dem Bulbus gefunden zu haben:

1) in einer von ihnen entdeckten Verbindungsfascie zwischen Tarsus des Unterlids und Tenon'scher Kapsel,

2) in der innigen Verwachsung der beiden Lider an den Augenwinkeln.

Die concomitirende Senkung des Oberlids bei der Blickrichtung nach unten hatte Gowers als eine durch die Contraction des rectus inf., oder durch directe mechanische Reizung des Oberlids durch den bewegten Bulbus vermittelte reflectorische „Hemmung des Levat. palp." gedeutet, — eine Erklärung, der sich die Vortr. nicht anschliessen können, nachdem sie Fälle gesehen, bei denen trotz völliger Bewegungslosigkeit des Bulbus oder Lähmung des Rect. inf. der einen Seite beide Oberlider sich normaler Weise mit der Blickrichtung nach abwärts senkten. Sie supponiren also für diese Bewegung einen cerebralen Associationsvorgang zwischen den Centren der Bulbusbewegung und den motorischen Centren der Lider.

Gowers hält seinerseits an der früher von ihm vertretenen Theorie fest. Er ist der Ansicht, dass bei dem Blick nach oben der Bulbus ausser der Axendrehung auch noch eine Bewegung direct nach vorn ausführe, und so das Unterlid mechanisch mit in die Höhe wölbe. Gegen die von L. u. F. versuchte anatomische

Digitized by Google

Erklärung der Senkung des Oberlids beim Abwärtssehen führt er die Thatsache an, dass der Höhepunkt der Lidbewegung mit dem Beginne der Senkung des Augapfels, also dem Zeitmomente zusammenfällt, in welchem die von den Vortragenden verantwortlich gemachte Verbindungsfascie, wenn überhaupt, so doch nur in minimalster Weise gespannt sein kann. Die Augenwinkel endlich sind für G. fixe, bei der Lidbewegung unverrückte Punkte und erscheint es ihm paradox, die geringe Excursion des Unterlids als wirkende Kraft für die weit ausgiebigere Bewegung des Oberlides anzusprechen. In Uebereinstimmung damit hängt bei Facialislähmung die Wahrung der Correspondenz von Bulbus und Lidbewegung in erster Linie davon ab, ob der orbicularis oculi hinreichenden Tonus besitzt, um an dem Bulbus angeschmiegt zu bleiben, oder nicht (Unterschied zwischen alten und jungen Individuen). Im weiteren Verlaufe der Discussion wurden einerseits die Gowers'schen Ausführungen über die Vorwärtsbewegung des Bulbus beanstandet, andererseits die Präexistenz der von den Vortr. beschriebenen Verbindungsfascie bestritten. Die letzteren stellen ausführliche Mittheilungen über ihr Thema in Aussicht.

III. Lang und Fitzgerald: „On a Case of Homonymous Hemianopia with Paralysis of Centres for Upward and Downward Mowement of the Eyes. Bei einem 43jährigen Manne ohne Vorgeschichte und complicirende interne Erkrankung erfolgt unter Schwindelanfall völlige Lähmung der Aufwärtsroller, hochgradige Parese der Bewegung nach abwärts. Correspondirende Lidbewegung im Bereiche der geringen Excursionsbreite des Bulbus nach unten erhalten. Linksseitige gleichnamige Hemiopie. Eine Woche später Augen- und Lidbewegungen zum Theil wieder hergestellt. Gesichtsfeld wieder normal bis auf symmetrisch im linken unteren Theil beider Gesichtsfelder gelegene inselförmige negative Scotome. Nach weiteren vier Tagen Mobilität vollkommen frei.

S. R. = $^{20}/_{20}$ Jäger I.)
S. L. = $^{20}/_{30}$ „ I.) Sonst status idem.

Kast.

Aus der Pathol. Society. (The Lancet. Mai 27. 1882.)

Hutchinson jun. demonstrirt ein Präparat von „Psammom der Dura spinal.“. Die 48jährige Patientin hatte zwei Jahre lang mit tonischem Krampf der Flexoren des Knies und der Zehen, hochgradiger Muskelatrophie und äusserst quälenden schiessenden Schmerzen in Abdomen und Beinen krank gelegen. Objective Sensibilität, Sphincteren und Cerebralfunctionen intact. Der $1^1/_4$ Zoll lange, $^1/_2$ Zoll breite glatte Tumor von der linken Duralseite an einer etwa 7“ unterhalb der Oblongata gelegenen Stelle ausgehend, hatte das Rückenmark nach rechts verdrängt. Bei im ganzen ziemlich weicher Consistenz enthielt er im Innern mehrfache Partikel von kohlensaurem Kalk, die auch nach oben von ihm an der Innenfläche des Duralsackes sich zerstreut fanden.

Es handelte sich also weniger um ein Psammom als um ein Endotheliom der Dura mit partieller Verkalkung.

Kast.

Aus der Société de Biologie. Sitzung v. 22. Juli 1882. (Forts.)

H. Parinaud führt in Fortsetzung seiner früheren Mittheilungen (s. dieses Centralbl. No. 12. S. 288) zur Begründung seiner Ansicht von dem cerebralen Sitze der Contrastfarben bei Nachbildern folgende Versuche an:

1) Man nehme ein rothes Glas vor das rechte Auge und blicke mit beiden Augen auf eine stark beleuchtete Fläche. Wenn man dann das rothe Glas entfernt und nun abwechselnd mit einem von beiden Augen auf eine matt beleuchtete weisse oder graue Fläche hinsieht, so erscheint diese Fläche für das Auge grün, für das linke aber, das nur weiss gesehen hatte, roth.

Digitized by Google

2) Eine von directem Sonnenlicht beschienene halb weisse, halb rothe Fläche fixirt man ganz kurze Zeit in der Weise, dass man, eine Röhre vor jedem Auge, mit dem rechten Auge nur die rothe, mit dem linken nur die weisse Hälfte sieht. Dann zeigt sich, bei Beobachtung der positiven Nachbilder, dass rechts ein rothes, links aber ein grünes erscheint.

Diese Beeinflussungen des einen Auges durch das andere, von farbigem Lichte getroffene, sind für P. Beweise von dem cerebralen Sitze der betreffenden Contrastfarben. Hadlich.

Aus der Société de Biologie. Sitzung v. 8. Juli 1882.

Recherches critiques et expérimentales sur l'emploi de l'aimant dans l'Epilepsie par Bourneville et Brison. Die Verf. haben sich die Mühe gegeben, in exacter Weise festzustellen, dass die Anwendung des Magneten bei Epilepsie keinerlei Erfolg hat. Weder die Application des Hufeisenmagneten — entweder eine Stunde lang im Nacken oder an anderen Stellen, oder während der ganzen Nacht an beiden Seiten des Körpers — noch das Tragen von Ketten kleiner Magneten als Hals-, Arm-, Strumpfbänder u. dgl. zeigt irgend welche sichere Wirkung. Hadlich.

Aus der Société de Biologie. Sitzung v. 23. Juli 1882.

Zwei Schüler Vulpian's, die Herren F. Raymond und Arthaud, untersuchten die Ganglien des Sympathicus von Tabetikern. Sie fanden ausser Bindegewebswucherung und Verdickung der Gefässe als Hauptsache eine Atrophie der Ganglienzellen, Fettkörnchen und sehr viel Pigment in denselben; in den extremsten Fällen vollständiger Schwund der Zelle. Ferner fettige Entartung der Kerne der Remak'schen Fasern und Auftreibung dieser Fasern selbst.

Fortsetzung der Untersuchungen und eingehende Mittheilungen werden in Aussicht gestellt. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Gehirn und Auge von Prof. L. Mauthner. Wiesbaden 1881. J. F. Bergmann.

Unter den anerkannt trefflichen Vorträgen des Wiener Ophthalmologen aus dem Gesammtgebiet der Augenheilkunde nimmt obengenannte Schrift eine hervorragende und höchst bedeutsame Stelle für die Nervenpathologie ein. Ihre, dem Organe, dem es gilt, ebenbürtige Klarheit und Durchsichtigkeit in allen Theilen des Inhaltes, die kritische Schärfe der Beobachtung und Schlüsse, die Fülle des verarbeiteten Stoffes, endlich die Form und Gewandung des Ganzen machen den Eindruck eines klassischen Kunstwerkes, wie es nur wenige in der medizinischen Literatur giebt. Die Hand des Künstlers zeigt sich vor Allem schon darin, dass an einem einzigen, aus dem reichen Gebiete der Augenleiden herausgegriffenen Stoffe, an der Hemianopie angeknüpft, die zahlreichsten Beziehungen nach allen Seiten hin in anatomischer, physiologischer und pathologischer Richtung erörtert werden. Wie häufig auch bis in die neueste Zeit der Gegenstand behandelt wurde, mit sichererm Blicke und objectiverer Ruhe ist das, was namentlich die Psychiatrie daran Haltbares erwarten kann, wohl noch nicht gefunden worden.

Erwähnen wir aus dem Inhaltsverzeichniss des Buches nur die folgenden Hauptstellen: 1) Hemianopie, Partialdurchkreuzung der Sehnervenfasern im Chiasma, Verhalten derselben im Gehirn nach Charcot, Seelenblindheit, Fürstner's Sehstörung bei Paralytikern, Brown-Sequard's Ansichten; einseitige Erblindung bei Hirnleiden; 2) Veränderungen des Sehnerven und der Netzhaut bei Hirnleiden, Stauungspapille bei Hirntumoren, Cerebralamaurosen, Sehnervenatrophie bei

Digitized by Google

Tabes und disseminirter Hirnsclerose, Spiegelbefunde bei Geisteskrankheiten, Sympathicus- und Trigeminusaffectionen — und es leuchtet ein, dass dem psychiatrischen Studium eine verlockendere und lohnendere Aufgabe kaum geboten werden kann.

M. Fraenkel.

The diseases of the spinal cord. By Byrom Bramwell. Edinburgh, Maclachlan and Stewart. 1882.

Das Buch, welches den Herren Charcot und Erb gewidmet ist, enthält auf 288 Seiten eine kurze, aber ziemlich vollständige und sehr übersichtliche Darstellung unserer Kenntnisse von der Pathologie des Rückenmarks. In einem einleitenden Kapitel werden auch die nothwendigsten Daten aus der normalen Anatomie und Physiologie des Rückenmarks besprochen. Sehr praktisch und für den Leserkreis, für welchen das Buch zunächst bestimmt ist, gewiss von grossem Nutzen ist eine methodische Anleitung zur Untersuchung Rückenmarkskranker. Hierbei werden nicht nur die einzelnen Methoden für die Prüfung der Sensibilität, Motilität, der Reflexe, des electrischen Verhaltens der Muskeln und Nerven etc. genau beschrieben und zum Theil durch Abbildungen erläutert, sondern es wird auch eine genaue Anleitung zum Aufnehmen einer ausführlichen und vollständigen Anamnese gegeben. Ein besonderer Vorzug des Buches liegt in den sehr zahlreichen und vorzüglich ausgeführten, zum grössten Theil farbigen, Illustrationen, welche namentlich die pathologisch-anatomischen Befunde veranschaulichen. In diesen Abbildungen liegt auch der selbstständige Werth des Buches, da dieselben meist nach eigenen Präparaten gezeichnet worden sind. Besonders hervorzuheben sind die Abbildungen eines Falles von Pseudohypertrophia musculorum, in welchem Verf. deutliche Veränderungen in den grauen Vorderhörnern gefunden hat.

Das Buch ist zur Einführung in das Studium der Rückenmarkspathologie bestens zu empfehlen. Ein derartiges, für Anfänger bestimmtes Lehrbuch muss stets etwas Dogmatisches haben und wir wollen es daher dem Verf. nicht zur Last legen, wenn manche seiner etwas zu schematisch gehaltenen und als sicher hingestellten Darstellungen in Zukunft wohl einiger Modificationen bedürfen werden. Strümpell.

V. Personalien.

Am 3. d. M. feierte Geh.-Rath Prof. Dr. v. Rinecker zu Würzburg sein 50jähr. Doctorjubiläum. Von dem Archiv für Psychiatrie erschien zu diesem Tage ein Jubil.-Heft (XIII. 2), das lediglich Arbeiten von Schülern des Jubilars enthält.

VI. Vermischtes.

Von den Preisaufgaben der Académie de médecine zu Paris pro 1883 erwähnen wir:

Preis Civrieux 2000 Fr. Hysterische Paralysen und Contracturen.

Preis Barbier 2000 Fr. Entdeckung von Heilmitteln für Krankheiten, die im Allgemeinen als unheilbar bezeichnet werden, z. B. Lyssa, Epilepsie u. s. w.

Die Arbeiten sind vor dem 1. Juli 1883 in lateinischer oder französischer Sprache einzusenden.

Druckfehlerberichtigung:
Nr. 15 S. 339 Z. 3 von oben lies „nicht“ statt „mit“.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. September. No. 17.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Zur Lehre von der „faradischen Entartungsreaction" von Dr. **Alfred Kast.**

II. Referate. Anatomie. 1. Ueber ein bisher noch selten beobachtetes Markbündel an der Basis des menschlichen Gehirns von **Bumm.** 2. Ueber den Bau der Spinalganglien von **Rawitz.** — Experimentelle Physiologie. 3. Untersuchungen über das Kniephänomen von **Jarisch** und **Schiff.** 4. Beiträge zur Lehre vom Sehnenreflex von **Jendrassik.** — Pathologische Anatomie. 5. Rückenmark und Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms von **Edinger.** 6. Nouveaux faits relatifs à l'étude des dégénérations bilatérales de la moëlle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau par **Pitres.** 7. De la paralysie pseudo-hypertrophique. Leçon de **Damaschino.** — Pathologie des Nervensystems. 8. Pseudo-hypertrophic Paralysis in four brothers by **Macphail.** 9. De l'épilepsie. Leçons cliniques de **Magnan** rec. p. **Briand.** 10. Un cas d'hémilésion de la Moëlle épinière par **Gilbert.** 11. Ramollissement de la capsule interne dans l'hémisphère gauche du cerveau. — Hémiplégie et hémianésthésie droites. — Aphasie, pas de surdité verbale par **Mathieu.** 12. Glioma of the right optic thalamus and corpora quadrigemina by **Ferrier.** 13. Ein Fall von Hyperästhesia cerebri chronica, Contractur, Paralyse, Aphasie und Amblyopie, begründet in einer Schädelverletzung mit zwölfjähriger Latenz, Genesung; von **Reismann.** 14. Casuistische Beiträge zur Lehre von der Athetose von **Schütz.** 15. Contribution à l'étude des tumeurs du IV. ventricule par **Spillmann** et **Schmidt.** — Psychiatrie. 16. Sulla pellagra nella provincia di Torino del **Lombroso.** 17. A clinical study of the disease and curability of inebriety by **Crothers.** 18. Note sur les traumatismes de l'oreille par **Blaute.** 19. Délire de persécution systématisé d'origine alcoolique suivi de paralysie générale par **Fabre de Parrel.** 20. Un cas de paralysie générale tardive par **de Lamaestre.** — Therapie. 21. A new medical Electrode von **Bennett.** 22. The special therapeutic value of Hyosciamine in psychiatry by **Hughes.** 23. Remarks on codeia in the treatment of Diabetes by **Smith.** 24. Erfahrungen über Nervendehnung von **v. Weltrubsky.** 25. Ueber den mechanischen Effect der centrifugalen Nervendehnung auf das Rückenmark von **Braun.** 26. Ueber die Grundsätze, nach denen Hülfsklassen eingerichtet sind von **Berkhan.** — Forensische Psychiatrie. 27. Su A. Fašlla e sugli osteomi e le cardiopatie negli alienati dei **Lombroso** e **Ferri.** 28. Studio di 26 cranii criminali dei **Conguet** e **Depaoli.** 29. Ueber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung von **Jolly.** 30. La Névrose hypnotique devant la Médecine legale. Du viol pendant le sommeil hypnotique. Par **Ladame.** — Anstaltswesen. 31. Irren-Versorgung der Stadt Breslau von **Leppmann.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Personalien.** — **VI. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Zur Lehre von der „faradischen Entartungsreaction."

Von Dr. **Alfred Kast,** erster Assistent der med. Klinik zu Freiburg.

Für das theoretische Verständniss und die praktische Verwerthung derjenigen electrischen Erscheinungen am erkrankten Nerv und Muskel, welche unter dem Gesammtnamen der „Entartungsreaction" unsere gegenwärtige Electrodiagnostik beherrschen, hat sich seit ihrem Bekanntwerden vornehmlich das Studium

Digitized by Google

gewisser von dem typischen Grundschema abweichender Modalitäten fruchtbar erwiesen. Schon wenige Jahre nach seiner grundlegenden Arbeit über diesen Gegenstand konnte Erb durch die Aufstellung seiner „Mittelform" die electrische Semiotik um ein Symptom bereichern, dessen hervorragende diagnostische und prognostische Bedeutung rasche Anerkennung und allseitig bestätigende Zustimmung fand. Weniger Beachtung vermochten andere seltenere pathologische Reactionsformen zu gewinnen, unter denen, von isolirt stehenden und kaum verwerthbaren Curiosa abgesehen, insbesondere eine Anomalie der degenerativen Reaction Berücksichtigung verdienen dürfte und sie theilweise auch gefunden hat: Die Mittelform der EaR mit qualitativer Veränderung der Contractionskurve bei faradischer Reizung des Muskels auf directem und indirectem Wege.

Die ersten Mittheilungen über träge faradische Zuckungen stammen von Erb.

In einem in der oben erwähnten Arbeit[1] beschriebenen Falle traumatischer Ulnarislähmung konnte er in der sechsten Woche nach der Verletzung im Hypothenar bei Erloschensein der indirecten Erregbarkeit durch directe Faradisation der Muskeln mit sehr starken Strömen „eine langsame und träge" Contraction hervorrufen. Drei Monate später, als die Beweglichkeit wiederkehrte, gelang es auch bei faradischer Reizung vom Nerven aus bei hohen Stromstärken eine „langsame und lange bestehende Zusammenziehung" der genannten Muskelgruppe auszulösen.

In seiner bekannten Abhandlung über die Localisation atrophischer Spinallähmungen war es Ernst Remak[2], der zuerst unsere Reactionsform ausdrücklich hervorhob und mit dem Namen der „faradischen EaR" belegte. Er hatte dieselbe in zwei Fällen von Mittelform der subacuten Spinallähmung constatiren können.

Auf der südwestdeutschen Neurologenversammlung 1881[3] konnte ich über zwei Fälle von Neuritis berichten, die ich als Assistent bei Prof. Erb beobachtet hatte und in denen das erwähnte Phänomen in sehr prägnanter Weise hervortrat.

Eine den angeführten Fällen ganz analoge Beobachtung, die ich in neuester Zeit machen konnte und die vielleicht auch in anderer als electro-diagnostischer Hinsicht interessante Momente bieten dürfte, sei hier kurz mitgetheilt.

Die 46jährige Clara H., welche seit Jahren an chronischen Magenbeschwerden (Ulcus?) leidet, sonst aber niemals krank gewesen war, bemerkte seit den Wintermonaten 1880—1881 eine langsam zunehmende Schwäche ihrer unteren Extremitäten, welche im Laufe des Frühjahrs 1881 besonders im linken Beine einen solchen Grad erreichte, dass die Kranke immer schwieriger gehen und seit Anfang Juli das Bett nicht mehr verlassen konnte. Gleich zu Beginn ihrer Erkrankung verspürte

---

[1] „Zur Pathologie und patholog. Anatomie peripherischer Paralysen." Deutsches Archiv für klin. Med. Bd. V. S. 19. des Sep.-Abdr.

[2] Arch. für Psychiatrie u. Nervenkrankheiten. Bd. IX. S. 551.

[3] „Zur Lehre von der Neuritis." Archiv für Psychiatrie. Bd. XII. S. 266. — cf. auch Vierordt „Ueber atrophische Lähmungen der oberen Extremitäten." Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI. S. 10 u. 17 des Sep.-Abdr.

Digitized by Google

Pat. heftige stechende Schmerzen in der Kreuzgegend und im unteren Theil der Lendenwirbelsäule, die in mässiger Intensität während des ganzen Krankheitsverlaufes stationär blieben und häufig besonders in die vordere Parthie der Oberschenkel irradiirten. In letzter Zeit geringe Parästhesieen (Formicationen, Frostgefühl etc.) in beiden, vorwiegend aber dem linken Bein. Auch sollen passagere Oedeme der beiden Malleolargegenden nach längerem Stehen aufgetreten sein.

Seit April 1881 häufiger Harndrang, etwas erschwerte Blasenentleerung. Pat. wird am 23. Juli 1881 in die medicin. Klinik aufgenommen.

Die Untersuchung der ziemlich gut genährten, etwas zart gebauten Frau ergab im Wesentlichen folgenden Befund: Hochgradige Parese beider, besonders des linken Beines.

Im Einzelnen: M. ileo-psoas beiderseits paretisch; links mehr als rechts. Ebenso der Quadriceps, wieder vornehmlich der linken Seite. Glutaeen und Beuger am Oberschenkel kräftig, dagegen am Unterschenkel rechts die Kraft der Mm. peronaei erheblich reducirt, M. tibialis antic. noch ziemlich gut; links das gesammte Peronaeus-Gebiet hochgradig paretisch. Wadenmusculatur intact.

Gehen absolut unmöglich. Beim Versuch zu Stehen sinkt Pat. nach wenigen Sekunden in die Kniee und bricht zusammen.

Die Entwicklung der Musculatur an beiden unteren Extremitäten mittelmässig, aber ohne asymmetrische Atrophie.

Die Sensibilität für Tast-, Temperatur- und Schmerzempfindung durchaus normal. Geringe Parästhesieen in beiden Unterschenkeln, besonders dem linken.

Keine objectiven vasomotorischen Störungen; ab und zu frostschauerartige Sensationen im Rücken und den Beinen, deren Hauttemperatur symmetrisch normal ist.

Patellarsehnenreflex rechts lebhaft, links nicht hervorzurufen. Kein Fussclonus. Kein Klopfreflex von der Achillessehne.

Plantarreflex rechts lebhaft, links nur angedeutet.

Bauchreflex nicht auszulösen (schlaffe Bauchdecken!).

Die oberen Extremitäten und der Stamm verhalten sich in jeder Richtung normal, ebenso ist die Function des Gehirns und seiner Nerven durchaus intact.

Wirbelsäule ohne Anomalie, im unteren Theil der Lendensäule ziemlich stark druckempfindlich.

Von Seiten der Blase besteht eine leichte Störung sowohl im Sinne der Incontinenz, als einer verminderten Action des Detrusor. Mastdarmfunction unbetheiligt. Stuhl etwas angehalten.

Die inneren Organe, ausser etwas Randemphysen, normal.

Harn ohne Eiweiss und Zucker.

Interessant erschienen nun in unserem Falle die Ergebnisse der electrischen Untersuchung:[1]

Bei Reizung des Nerven mit dem inducirten sowohl, als dem constanten Strom an beiden Beinen normale Reaction. Quantitativ am linken Cruralis und Peronaeus etwas herabgesetzt.

Die Zuckungen bei galvanischer Prüfung durchweg blitzartig rasch, bei faradischer Reizung des N. peronaeus erfolgt in den von ihm versorgten Muskeln eine langsame tonische Contraction.

---

[1] Bei dem Mangel eines conventionellen absoluten Masses für beide Stromesarten dürfte den üblichen ziffermässigen Angaben bei der Mittheilung electrischer Erregbarkeitsbefunde — sofern es sich nicht um relative Differenzen beider Körperseiten handelt — nur ein sehr prekärer Werth beizumessen sein und bescheide ich mich daher mit der kurzen Anführung des Gesammtresultates.

Digitized by Google

Die directe Erregbarkeit der Muskeln:

a) für den galvanischen Strom: Im Quadriceps beiderseits normales Zuckungsgesetz, rasche Zuckungen; nur im Vastus int. und zwar beiderseits die Zuckung nicht ganz blitzartig bei Wahrung der normalen Formel, ebenso im Peronaeus der rechten Seite. Dagegen besteht im linken Peronaeus-Gebiet deutliche EaR der Art, dass die Zuckungen exquisit träge verlaufen, An SZ > Ka SZ, Ka SZ schon bei einer Nadelablenkung von 16° verschwindet, An SZ noch bei 10° persistirt.

b) für den faradischen Strom fand sich — neben Herabsetzung der Erregbarkeit in beiden Mm. recti und vasti int. sowie den Peronaei der rechten Seite — eine ausgesprochene träge Beschaffenheit der Contraction in den Vastis int., sowie dem Peronaeus-Gebiet der linken Seite, besonders deutlich war am M. tibialis ant. das langsame An- und Abschwellen der faradischen Zusammenziehung zu verfolgen. Es fand sich also, kurz gesagt: Mittelform der EaR, ausgebildet im linken Peronaeus-Gebiet, angedeutet in den Mm. vast. int., Herabsetzung der Erregbarkeit für beide Stromesarten im Quadriceps und den Peronaei beider Beine.

Während ihres Hospitalaufenthaltes machte Pat. unter allgemein roborirender und vorübergehender galvanischer Behandlung erhebliche Fortschritte der Art, dass sie Ende September wieder stehen und die ersten Gehversuche machen konnte, und am 6. November 1881 ihre Entlassung aus der Klinik begehrte.

Bei ihrem Austritt war die Parese im Ileopsoas fast ganz gehoben, der Quadriceps beiderseits gleich kräftig und nur noch im Gebiete des linken N. peronaeus eine deutliche Motilitätsstörung nachweisbar. Pat. konnte kurze Strecken gehen, ermüdete aber besonders am linken Beine nach kurzer Zeit. Die Blasenschwäche geringer, aber noch nicht geschwunden. Keinerlei subjective Beschwerden irgend welcher Art.

Auch die electrischen Erregbarkeitsverhältnisse hielten mit der Besserung der Beweglichkeit gleichen Schritt. Schon Anfang September war der träge Charakter der faradischen Contractionen in den oben erwähnten Muskelgebieten viel weniger ausgesprochen.

Bei der Entlassung war eine qualitative Abweichung der faradischen Contraction nicht mehr zu constatiren, wohl aber bestand im linken Peronaeus-Gebiet noch deutliches Ueberwiegen der An SZ bei gedehnter Zuckungskurve.

Im Laufe des Frühjahrs 1882 besserte sich der Zustand der Kranken andauernd und zwar erholte sie sich so vollkommen, dass sie ihren häuslichen Arbeiten wieder nachgehen, täglich mehrere Stunden ohne Beschwerde stehen und gehen kann.

Pat. stellte sich zuletzt am 10. Juli d. J. vor. Von den früheren Erscheinungen ist kaum noch eine Spur zurückgeblieben. Motilität und Sensibilität bis auf leichte Ermüdbarkeit durchaus normal. Die Sehnenreflexe an beiden Beinen deutlich vorhanden. Von der früheren Blasenschwäche ist nur noch eine gewisse Hemmung der Detrusorwirkung vorhanden. Der electrische Befund ergiebt keine Spur der früheren qualitativen Veränderungen des Zuckungsgesetzes, auch quantitativ ist jedenfalls keine erhebliche Verminderung zu constatiren.

Dem ganzen eben geschilderten Verlaufe nach reiht sich unser Fall ein in die grosse Klasse der „atrophischen Lähmungen“ — eine klinische Diagnose, bei deren pathologisch-anatomischer Präcisirung wir bei dem günstigen Ausgange des Falles nur auf Wahrscheinlichkeitsschlüsse angewiesen sind.

Wenn auf der einen Seite die positiven Symptome einer Mittelform der subacuten Poliomyelitis nicht fehlen, so decken sich doch die Erscheinungen nach der negativen Seite hin durchaus nicht mit dem von Erb für diese Rückenmarkserkrankung gezeichneten klinischen Bilde. Ich habe dabei vor

Digitized by Google

Allem im Auge die Schwäche des Sphincter und Detrusor vesicae, die intensiven sensiblen Reizerscheinungen im initialen Stadium der Erkrankung, endlich die sehr erhebliche Druckempfindlichkeit der Dornfortsätze in der unteren Lendenwirbelsäule und der oberen Sacralparthie — Momente, die bei dem Grade, in welchem sie in den Vordergrund des Krankheitsbildes traten, kaum anders, als durch eine Betheiligung sensibler Bahnen zu erklären sind.

Da die Annahme einer Querschnittserkrankung des Rückenmarks sich durch den Mangel objectiver Sensibilitätsstörungen verbieten dürfte, erübrigt nur, eine periphere Läsion der betroffenen Nervenbahnen für den geschilderten Symptomencomplex verantwortlich zu machen und zwar würde sich unseres Dafürhaltens der ganze Prozess vielleicht am ungezwungensten in der Weise erklären, dass die erkrankten Nerven an ihren Wurzeln durch pachy(?)meningitische Exsudationen eine Leitungsunterbrechung erlitten hatten — eine Wahrscheinlichkeitsdiagnose, mit der sich eine Reihe klinischer Symptome recht wohl in Einklang bringen lässt; so die Betheiligung der Blasennerven, so die heftigen Rückenschmerzen, sowie auch die starke Empfindlichkeit des unteren Theiles der Wirbelsäule.

Vielleicht dürfte überhaupt bei dem Versuche der pathologisch-anatomischen Localisation atrophischer Lähmungen besonders der leichteren Formen derselben, die Möglichkeit pachymeningitischer Wurzelaffectionen mehr als bisher üblich in Betracht zu ziehen sein; zumal dann, wenn die erkrankten Individuen das vierte Decennium überschritten haben.

Dies führt uns auf die Erörterung der Frage, ob und inwieweit aus dem Vorhandensein der faradischen EaR ein Rückschluss auf den Grad und die Art der Läsion des erkrankten Muskels zulässig ist. Wenn wir — ohne in die Discussion über discrete spinale Ernährungscentren einzutreten — die EaR mit Erb als ein Symptom der neurotischen Atrophie anerkennen, wenn wir insbesondere in ihrer „Mittelform" den Ausdruck einer einseitig überwiegenden Degeneration des Muskelgewebes sehen, so müssen wir als anatomisches Substrat der „faradischen EaR" denjenigen Zustand des Muskels supponiren, in welchem bei erhaltener Anspruchsfähigkeit seines Nerven das Muskelgewebe seine Fähigkeit auf kurzdauernde Ströme zu reagiren, nicht eingebüsst (resp. wiedergewonnen), wohl aber vermöge seiner veränderten histologischen Structur die pathologische Eigenthümlichkeit angenommen (resp. zurückbehalten) hat, den Reiz des Inductionsstromes statt mit rascher Zuckung nur durch gedehnte träge Contractionswellen beantworten zu können.

Die faradische EaR stünde also in dieser Beziehung in der Mitte zwischen der completen EaR und der Mittelform. Für diese Auffassung sprechen eine Reihe klinischer und experimenteller Erfahrungen, vor Allem die Thatsache, dass faradische EaR in der Regeneration eines früher von completer EaR befallenen Muskelgebietes von Erb constatirt wurde.

Wie wir also eine primäre, sogar experimentell zu erzeugende (v. Ziemssen und Weiss) und eine in der Regenerationsperiode auftretende Mittelform der EaR zu unterscheiden haben, so dürfte in gleicher Weise eine „idiopathische" und eine „regenerative" Form der faradischen EaR zu unterscheiden sein. Für

Digitized by Google

die Annahme, dass es sich bei der faradischen EaR ebensowenig wie bei der Mittelform um mehr als graduelle Differenzen von dem typischen Schema dieser Reaction handelt, sind auch LEEGAARD's experimentelle Beobachtungen[1] (in VON ZIEMSSEN's Institut) anzuführen, der am blossgelegten Muskel mittelst starker faradischer Ströme Zuckungen bekam, bei denen es „von Interesse war, dass die Contraction einen exquisit trägen Charakter zeigte". Auch in der experimentellen Electrophysiologie fehlt es der faradischen EaR nicht an Analogieen; abgesehen von dem viel citirten Befunde FICK's[2] am Schliessmuskel der Anodonta glaube ich besonders die auf Grund der RANVIER'schen Entdeckung angestellten Untersuchungen von KRONECKER und STIRLING[3] über die träge und gedehnte Zuckungskurve des rothen Kaninchenmuskels bei Reizung sowohl mit dem unterbrochenen, als den in einzelnen Schliessungs- und Oeffnungsschlägen wirkenden Inductionsstrom hier anziehen zu dürfen, als ein meines Erachtens sehr prägnantes Beispiel von Veränderung der faradischen Zuckungsform durch chemische und anatomische Eigenart des Muskelgewebes.

Wenn wir zum Schluss vom praktischen Standpunkte aus der Frage näher treten, welche diagnostischen und prognostischen Schlüsse aus dem Befunde der faradischen EaR gezogen werden können, so dürfte sich ihre Beantwortung aus den bisherigen Erörterungen ohne Schwierigkeit ergeben. Obwohl die beschränkte Anzahl der bis jetzt erhobenen klinischen und experimentellen Thatsachen ein abschliessendes Urtheil noch nicht gestattet, so steht unseres Erachtens doch so viel fest: Die faradische EaR stellt bei den atrophischen Lähmungen ein klinisches Symptom von guter Vorbedeutung dar, insofern, als sie mit Sicherheit auf den Eintritt (regenerative Form) oder das Bestehen (idiopathische Form) einer **leichteren** Läsion des neuromusculären Apparates hinweist und einen günstigen Ausgang der Lähmungserscheinungen erwarten lässt.

In diesem Sinne begegnen sich unsere theoretischen Erwägungen mit den praktischen Erfahrungen bei allen bis jetzt fortdauernd beobachteten Krankheitsfällen, einschliesslich des unsrigen — für dessen freundliche Ueberlassung ich Herrn Geh. Hofrath BÄUMLER zu Dank verpflichtet bin.

II. Referate.

Anatomie.

1) Ueber ein bisher noch selten beobachtetes Markbündel an der Basis des menschlichen Gehirns von Dr. Anton Bumm. (Arch. f. Psych. XIII, 1 p. 181.)

„Das fragliche Markbündel entspringt an der Basis der Schläfenlappenspitze, verläuft parallel dem vordern Rande des Tractus opticus ventral vom Peduncul. septi

[1] „Ueber die Entartungsreaction." Deutsch. Archiv f. klin. Med. Bd. XXVI. S. 470.

[2] Beiträge zur vergleichenden Physiologie der irritablen Substanzen. Braunschweig 1863.

[3] „Ueber die Genesis des Tetanus." Archiv f. Anat. u. Phys. — Physiol. Abth. 1878; cf. insbes. die Kurven auf S. 11 u. 12 des Sep.-Abdr.

Digitized by Google

lucidi über die Subst. perforat anterior, schlägt sich um deren medialen Rand auf die mediale Hemisphärenfläche, tangirt die Commissur. anter. nach vorne und zerfährt am Septum lucidum in Gestalt einer fächerförmigen Ausstrahlung."

Verf. hält dieses Bündel für ein Associationsbündel zwischen Septum sellucidum und Spitze des Schläfenlappens.

Gleichzeitig weist Verf. das Unhaltbare des „Sistema Interemisferico" von Inzani und Lemoigne nach, da die angeblichen Ursprungsbündel Fasc. uncinato, Fasc. Habena und der Fasc. pedoncolare interno ganz andere Bedeutung haben. M.

---

2) **Ueber den Bau der Spinalganglien** von Dr. Bernhard Rawitz. (Arch. f. mikroskopische Anatomie. XXI. 2. 22. Juni 1882.)

Die bisherigen Untersuchungen über den Bau der Spinalganglien ergaben drei verschiedene Ansichten: nur bipolare Ganglienzellen (oppositipol: Courvoisier) nehmen Rudolf Wagner, Stannius, Holl, Freud u. a. an, nur unipolare kennen Schwalbe (die eine von der unipolaren Zelle entspringende Faser nennt er gangliospinal) Fräntzel u. a.; beide Zellformen fanden Kölliker, Schramm und diejenigen, die die Ranvier'sche T-Faser gesehen, d. h. eine Faser, die sich in diametral entgegengesetzte Schenkel spaltet, wonach dann der eine Schenkel zur Peripherie, der andere zum Centrum gehen soll. Solche T-Faser hat Verf. nie gesehen, und weist sie zurück.

Die Untersuchungen des Verf. erstreckten sich auf Fische (Selachier, Teleostei), Amphibien, Reptilien, Vögel und Säugethiere, auch auf den Menschen und kommen zu dem Resultat, dass in der gesammten Wirbelthierreihe nur unipolare Zellen in den Spinalganglien enthalten sind. Die sensible Wurzel geht frei durch das Ganglion hindurch, die Fasern derselben treten mit den Zellen in keinen Contact. Die Fortsätze der letzteren, die gangliospinalen Fasern, gehen nicht direct zur Peripherie, sondern zuerst centralwärts und dann erst in weitem Bogen zur Peripherie, wo sie sich den sensibeln Wurzeln anschliessen.

Für die physiologische Leistung der kleinen Nervencentren, die in dem Spinalganglion enthalten sind, und die anscheinend ausserhalb jedes Connexes mit Gehirn und Rückenmark stehen, fehlt vorerst jeder Anhaltspunkt. Weder die Waller'schen noch die Axmann'schen Versuche geben hier Aufschluss, auch nicht die v. Bärensprung'sche Beobachtung über die Betheiligung derselben bei Herpes zoster. Von Interesse wäre auch die Frage der Betheiligung der Spinalganglien bei der Tabes, worüber die Lehrbücher nichts enthielten. M.

Experimentelle Physiologie.

3) **Untersuchungen über das Kniephänomen** von Dr. A. Jarisch und Dr. E. Schiff. (Aus dem Laboratorium von Prof. von Basch.) Sep.-Abdr.

Die in der letzten Zeit häufig discutirte Frage, ob es sich bei dem Kniephänomen und den ihm ähnlichen Erscheinungen an anderen Sehnen in Wirklichkeit um einen Reflexvorgang handle, wird von den Verff. von einem neuen Gesichtspunkte aus zu lösen versucht.

Handelt es sich wirklich um reflectorische Vorgänge, so war zu erwarten, dass auch hier ähnliche Reflexerscheinungen sich zeigen mussten, wie sie als Resultate gehäufter minimaler Reize auf die Haut nach den Untersuchungen von Stirling-Kronecker und Warel als Reflexvorgänge an dem enthirnten Frosch sich gefunden hatten.

Und in der That fanden die Verff. bei 21 Individuen, dass eine Reihe von gleichen minimalen in bestimmten Zeitabständen (von mindestens einer Secunde)

Digitized by Google

wiederholten mechanischen Reizen auf die Patellarsehne eine Zuckung im M. quadriceps hervorriefen, die sogar unter Umständen in einen Tetanus überging. Zwischen der einfachen Contraction und dem bald discontinuirlichen, bald continuirlichen Tetanus, wie ihn auch Kronecker und Hall als Effect electrischer Reizung des Rückenmarks beschrieben haben, fanden sich zahlreiche Uebergänge, unter denen eine gleichmässige länger anhaltende Contraction des Muskels noch als interessant zu erwähnen ist. Ausser diesen Zuckungen im Quadriceps kamen aber auch Ausbreitungen der Zuckungen über den ganzen Körper vor und gleichzeitig traten, wie aus einer Reihe weiterer Versuche hervorging, als regelmässige Folge der applicirten Reize Blutdruckschwankungen auf.

Mit der Grösse des Reizintervalles zwischen den einzelnen Schlägen wuchs auch die Latenzzeit bis zur Contraction des Muskels, während die Zahl der nothwendigen Reize ziemlich gleich blieb und bei Intervallen von drei bis sieben Secunden übereinstimmend fünf betrug. Für die Form der Contraction war es im Allgemeinen gleichgültig, ob dieselbe durch einen maximalen Reiz oder durch eine Reihe von minimalen hervorgerufen war.

Alle diese Beobachtungen und besonders das Verhalten der Latenzzeit glauben die Verff. nur durch einen reflectorischen Vorgang erklären zu können.

Der zu diesen Versuchen benutzte Apparat bestand in einem durch die kleine Dampfmaschine des Laboratoriums in Thätigkeit gesetzten Hammerwerk, das höchstens eine Frequenz bis zu fünf Reizen in der Secunde gestattete, die aber, wie sich ergab, nicht nothwendig waren. Ein Hebelarm regulirte die Stärke der Reize. Die Vermittelung der Aufzeichnung auf eine Marey'sche Registrirtrommel geschah durch den Basch'schen Wellenzeichner, in welchem die Uebertragung durch Wasser stattfindet.

Rumpf.

4) Beiträge zur Lehre vom Sehnenreflex von Dr. Ernst Jendrassik. (Orvosi Hetilap. 10. 11.)

Nach genauer eigener Beobachtung und Würdigung der einschlägigen Literatur resumirt J. seine Ansicht in folgenden Punkten:

1) Beim Anschlagen der Sehne kommt der centripetale Reiz unmittelbar durch die mechanische Reizung der in der Sehne befindlichen Nerven zu Stande, wozu das der Seitenschwingung ähnliche Vibriren der Sehne nicht nothwendig ist; von einer auf den Muskel übertragenen Erschütterung kann keine Rede sein.

2) Damit eine Contraction eintrete, ist eine passive Spannung des Muskels nothwendig und steht bis zu einer gewissen Grenze die Grösse der Contraction im Verhältniss zur Grösse der Spannung, doch wird sie nie so hochgradig, wie wir dies bei ihrer krankhaften Steigerung beobachten.

3) Die vom N. cruralis abhängige, willkürliche Innervation vermindert oder sistirt ganz den Sehnenreflex, während dies bei der Dehnung der Nerven nicht der Fall ist.

4) Die Reflexbahn bedarf nicht der weissen Marksubstanz, mithin kann deren Erkrankung auch keine directe Ursache für das Verschwinden des Reflexes abgeben; es ist jedoch wahrscheinlich, dass der Reiz in den innersten der in das Rückenmark eintretenden Nervenwurzeln verläuft, weshalb die Sclerose des äusseren Theiles der Hinterstränge — da sie auch auf diese Fasern übergreift — gewissermassen die Leitung unterbrechen kann. Die Stelle des im Rückenmarke befindlichen Leitungshindernisses kann meistens in vivo aus den Begleiterscheinungen erschlossen werden.

5) Es giebt Fälle, wo selbst die genaueste Untersuchung keine die Leitung behindernde Störung nachweisen kann.

6) Die Steigerung des Sehnenreflexes kann in der Mehrzahl der Fälle dem Schwinden des hemmenden Einflusses des Gehirns zugeschrieben werden.

Otto Schwartzer (Budapest).

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

5) Rückenmark und Gehirn in einem Falle von angebornem Mangel eines Vorderarms von Edinger. (Virchow's Archiv. LXXXIX. 1. S. 46—63 u. Taf. II.)

Einem 52jährigen Mann fehlte in Folge intrauteriner Amputation die linke Hand und ein grosser Theil des linken Unterarms von Geburt an. An den Oberarm setzte sich, durch ein Ellenbogengelenk verbunden, ein kinderfaustgrosser Stumpf, der übrigens kräftig in Bewegung gesetzt werden konnte und, wie post mortem festgestellt wurde, alle Eigenschaften eines Amputationsstumpfes besass. Am Rückenmark fand sich eine Atrophie der ganzen linken Hälfte, besonders der grauen Substanz, vom vierten Halsnerven bis zum zweiten Brustnerven, ferner Atrophie der vorderen und hinteren Wurzeln des fünften bis achten Cervicalnerven linkerseits. Der Stelle der höchsten Atrophie der Wurzelfasern, dem sechsten und siebenten Cervicalnerven, entspricht auch die beträchtlichste Verschmälerung der grauen Hörner mit deutlichem Schwund der Ganglienzellen im Vorderhorn. Im Uebrigen handelt es sich um Verringerung der Masse eines sonst normalen Gewebes, ohne eine Spur von degenerativen Prozessen. Die Differenzen zwischen links und rechts werden durch Ziffern und Abbildungen belegt.

Den Schlüssen, die E. aus dieser räumlich begrenzten Atrophie zieht, wird man sich unbedenklich anschliessen können; nämlich: dass der Plexus brachialis in den Theilen der grauen Substanz, welche auf gleicher Höhe mit den ihn constituirenden Wurzeln liegen, seine Verbreitung findet; ferner: dass man den ersten centralen Verlauf der Nervenbahnen, welche die (hier fehlende) Unterarm- und Handmusculatur versorgen, in der Höhe des sechsten und siebenten Cervicalnerven zu suchen hat.

Am Gehirn konnte bei Untersuchung des frischen und gehärteten Präparates, sowie durch vergleichende Messungen an Photogrammen eine wesentliche Verschmälerung der rechten Centralwindungen, besonders in ihrem unteren Abschnitt, nachgewiesen werden. Dieselben verliefen auch gestreckter als links und waren ärmer an secundären Furchen.

Die Veränderungen im Rückenmark sind einfach als Atrophie nach Nichtgebrauch aufzufassen, der Befund am Gehirn dagegen als Hemmung in der Entwicklung der psychomotorischen Rindenregion zur Zeit des Hirnwachsthums, nach Analogie der Gudden'schen Experimente. Eine ähnliche Rindenatrophie hat bisher blos Gowers beschrieben in einem Fall von angeborner Atrophie einer Hand; bei intra vitam, insbesondere nach völliger Entwicklung des Gehirns erfolgendem Ausfall eines peripheren Gebiets wurde eine derartige Atrophie im Gehirn bisher nie gesehn, auch der secundäre Schwund im Rückenmark war in diesen Fällen nie hochgradig. Tuczek.

---

6) Nouveaux faits relatifs à l'étude des dégénérations bilatérales de la moëlle épinière consécutives à des lésions unilatérales du cerveau par Pitres. (Soc. anat., séance du 26. nov. 1881. Progr. méd. 1882.Nr. 27.)

P. bringt zu den früher von ihm mitgetheilten zwei weitere Fälle von secundärer Degeneration in beiden Seitensträngen bei einseitiger Hemisphärenläsion. Im ersten Fall (rechtsseitige Hemiplegie) handelte es sich um Erweichung des vorderen Abschnitts der vorderen Centralwindung, des untern Scheitelläppchens und des hintern Drittels der ersten Schläfenwindung links und um Degeneration in beiden Vorderseitensträngen im Halsmark. Das übrige Rückenmark war unbrauchbar. Im zweiten Fall bestand eine alte rechtsseitige Hemiplegie, sowie Contractur der rechten oberen und beider unteren Extremitäten. Es fand sich ein alter hämorrhagischer Herd, der ausser einem Theil des Nucleus caudatus den hinter dem Knie gelegenen Abschnitt

Digitized by Google

des hintern Schenkels der inneren Kapsel linkerseits zerstört hatte. Atrophie der linken Pyramide, Sclerose in beiden Seitensträngen (ob Pyramidenbahnen, ist nicht gesagt. Ref.), rechts intensiver als links. Tuczek.

---

7) **De la paralysie pseudo-hypertrophique.** Leçon de M. le prof. Damaschino. (Gaz. médicale de Paris. 1882. Nr. 13.—15.)

D. fand bei der mikroskopischen Untersuchung eines aus den Waden eines 20jährigen an jener Krankheit leidenden Mädchens herausgenommenen Muskelstückchen:

Fibrillen haben ihre Längs- und Querstreifung behalten, und zeigen keine körnige Entartung, aber sind durch die Ungleichheit ihrer Grösse bemerkenswerth: sie sind bald normal gross, bald nur halb so gross. Zwischen den Fibrillen finden sich Bindegewebsfasern und Fettblasen; das Zwischengewebe ist sehr reichlich und überragt an Ausdehnung das der Muskelbündel. Die Kerne des Sarcolemms sind normal.

M.

Pathologie des Nervensystems.

8) **Pseudo-hypertrophic Paralysis in four brothers** by Donald Macphail. (The Glasgow med. Journ. July 1882.)

Verf. berichtet über vier Brüder, welche alle an Pseudohypertrophie der Muskeln erkrankten. Vater leidet seit vierzehn Jahren an einer Lähmung und Steifigkeit der Beine mit durchschiessenden Schmerzen verbunden. Mutter gesund, hat sechs Knaben und drei Mädchen geboren. Ein sechzehnjähriger Knabe leidet an einer ähnlichen Krankheit wie der Vater. Von den an Pseudohypertrophie der Muskeln leidenden Knaben starb einer im fünfzehnten Jahre plötzlich und war drei Jahre lang krank; die übrigen drei leben noch. Bei Allen begann die Krankheit am Ende des sechsten Lebensjahres und zwar immer in ganz derselben Weise.

Fall I. Siebenjähriger Knabe; Beginn der Krankheit vor einem Jahre mit einer Veränderung des Ganges, welcher mehr auf den Zehen als auf den Hacken erfolgte; später häufig Steifigkeit der Beine. Jetzt geht der Kranke immer steif und nur noch auf den Zehen, mit leicht gebeugten und adducirten Beinen. Beim Gehen fällt er leicht hin, kann sich aber wieder aufrichten. Beim Stehen schwankt er nicht, steht aber etwas nach vorn geneigt, knickt in den Knieen oft ein und kann leicht umgestossen werden. Die Waden sind nicht besonders stark, aber fühlen sich sehr gespannt und hart an. Sonst keine Störungen, besonders auch in den Armen nicht. Intelligenz gut.

Fall II. Zehnjähriger Knabe; Dauer der Krankheit vier Jahre. Seit drei Jahren Vergrösserung des Wadenumfanges, seit einem Jahre Unsicherheit des Ganges; seit neun Monaten Unfähigkeit sich aufzurichten. Jetzt kann der Kranke nur breitbeinig und auf den Zehen stehen, der geringste Anstoss wirft ihn um. Gehen ist nur sehr kurze Zeit, Laufen gar nicht möglich. Es besteht deutlich Lordose der Wirbelsäule und Vorbuchtung des Leibes. Waden sehr breit und hart, Glutaeen schlaff. Muskeln des Rückens, Thorax, der Oberarme atrophisch, die Deltoidei ausgenommen; Unterarm und Hände frei. Gesichtszüge stumpf. Sonst keine Störungen. Intelligenz gut. Zeitweise Anfälle von Fieber mit schlechtem Allgemeinbefinden, wonach jedesmal eine geringe Verschlechterung der Krankheit zurückbleibt.

Fall III. Vierzehnjähriger Knabe; Dauer der Krankheit acht Jahre. Seit vier Jahren Stehen und Gehen unmöglich. Der Kranke kann nicht aufrecht sitzen, sondern nur sehr stark nach vorn gebeugt; auch den Kopf kann er nur wenig heben. Muskeln des Rückens, der Brust, Schulter, Oberarme stark atrophirt, die Deltoidei

Digitized by Google

ausgenommen. Unterarm wenig, dagegen die Hände deutlich atrophisch. Der linke Arm ist kräftiger als der rechte, die Supinatoren wirken noch besonders gut. Untere Extremitäten stark atrophisch, mit Ausnahme der Waden, welche sehr schlaff sind. Alle Sehnen stark gespannt; die Oberschenkel werden abducirt, die Unterschenkel gebeugt gehalten; Kniegelenke steif; der linke Fuss zeigt pes equinus, der rechte pes varoequinus Stellung; die rechte grosse Zehe ist hyperextendirt.

Gesichtsausdruck stumpf; Parese der unteren Facialisäste. Speichelfluss. Häufig ähnliche Anfälle wie im zweiten Falle. Intelligenz gut. Gnauck.

---

9) **De l'épilepsie.** Leçons cliniques de M. Magnan rec. p. Briand. (Le Progr. méd. 1882. Nr. 1. 5. 7. 11. 13. 15. 20. 22. 23.)

Klinische Vorträge, welche in lebendiger Darstellung die Lehre von der Epilepsie und der epileptischen Seelenstörung behandeln, meist in durchaus origineller Weise. Aus der Fülle der Einzelheiten beschränken wir uns Folgendes kurz hervorzuheben. Unter den ätiologischen Momenten spielt die Heredität natürlich die erste Rolle, daneben wird aber unter Anderen auch die Entstehung durch Schreck erwähnt. — Das Verhalten der Pupillen beim Anfall, die Bewegungen der Gefässmuskeln und des Blutdrucks, sowie die Wirkung des M. sternocleidomastoideus sind Dinge, welche Ref. bereits in einem andern Artikel (in Nr. 7 dieses Blattes) erwähnt hat. — M. ist ein Anhänger der Lehre von der corticalen Entstehung der Epilepsie. Er deutet an, dass möglicherweise epileptoide Störungen der Intelligenz (psych. Aequivalente der Deutschen) auf Entladung innerhalb der Stirnlappen, motorische Entladungen auf Betheiligung der Centralwindungen, Hallucinationen, überhaupt sensorische Störungen auf Affection der Hinter- und Schläfelappen zurückzuführen seien. — Ausführlich wird die forensische Seite der Epilepsie behandelt. M. zeigt, dass sich generelle Bestimmungen über die Zurechnungsfähigkeit der Epileptiker nicht treffen lassen, sondern dass jeder Fall einzeln zu untersuchen ist. Besonders die Vertiges und Absences bieten in foro mitunter grosse Schwierigkeiten. Im Betreff der sog. transitorischen Manie sagt M., dass die Fälle seltner geworden sind, seitdem man die Epilepsie besser studirt hat. [Es giebt psychiatrische Autoritäten von langer Erfahrung, denen noch nie ein Fall der sog. transitorischen Manie vorgekommen ist. Ref.]. — Den letzten Theil der Vorträge füllt die Behandlung der Frage nach der Coexistenz der Epilepsie mit andern Formen der Seelenstörung bei demselben Individuum aus, eine interessante Angelegenheit, welche M. schon an anderem Orte ausführlich erörtert hat. Wenn durch Bromkalibehandlung die Epilepsie schwindet und die andere Form der Seelenstörung unverändert bestehen bleibt, so ist dies als diagnostisches Merkmal augenscheinlich wichtig. Auch die Amnesie des Epileptikers und die deutliche Erinnerung aller Einzelheiten, z. B. seitens des Melancholikers, kann die Diagnose stützen, wenn ein Epileptiker melancholisch wird und aus dem einen oder anderen pathologischen Motive Handlungen begeht.

Diese wenigen Andeutungen mögen genügen, um auf die Vorträge hinzuweisen.

Siemens.

---

10) **Un cas d'hémilésion de la Moëlle épinière** par A. Gilbert. (Arch. de Neur. Nr. 9.)

Ein Messerstich war zwischen erstem und zweitem Brustwirbel rechts von der Medianlinie schräg nach links eingedrungen und hatte muthmasslich die linke Rückenmarkshälfte durchtrennt. Status am folgenden Tage: linkes Bein gelähmt, rechtes normal beweglich; Reflexerregbarkeit links herabgesetzt, rechts erhalten, Kniephänomen fehlt links, rechts eher verstärkt. Links Hyperästhesie für alle Arten der Sensibilität am Thorax, Abdomen und an der Unterextremität; blitzartige Schmerzen im

Digitized by Google

linken Bein; — rechts in dem gleichen Gebiet völlige Analgesie und Verlust des Temperatursinns; Herabsetzung der Sensibilität für tactile Reize und des Kitzelgefühls; nur ein schmaler Gürtel unterhalb der Wunde ist rechterseits hyperästhetisch; Formicationen im rechten Bein. Muskelgefühl links bedeutend herabgesetzt, rechts intact. Temperatur des linken Beins 1^0 höher als rechts; beim Stehen schwellen die Hautvenen in demselben an. Penis permanent halberigirt; Urin alcalisch, Harnentleerung schwierig, schmerzhaft bis zu völliger Retentio; Obstipation. Puls langsam, unregelmässig, intermittirend. Am neunten Tage schmerzhafte Anschwellung des linken Kniegelenks. Der Zustand besserte sich schnell nach wenigen Tagen, blieb dann aber stationär. Nach sechs Wochen waren Lähmung und Hyperästhesie in dem etwas atrophischen linken Bein wesentlich gebessert, das Muskelgefühl noch nicht wiedergekehrt, dagegen das Kniephänomen vorhanden; im rechten Bein fehlte der Temperatursinn noch fast vollständig, bei übrigens intacter Sensibilität. Tuczek.

---

11) **Ramollissement de la capsule interne dans l'hémisphère gauche du cerveau. — Hémiplégie et hémianésthésie droites. — Aphasie, pas de surdité verbale** par A. Mathieu. (Progr. méd. 1882. Nr. 25.)

Die Erweichung umfasste die oberen zwei Drittel der inneren Kapsel und zwar den ganzen hinteren Schenkel, das Knie und, der Beschreibung nach, theilweise auch den vorderen Schenkel; zerstört war ferner der innere Abschnitt des Linsenkerns. Die Erscheinungen während des Lebens waren: plötzliche totale gekreuzte Hemiplegie und Anästhesie incl. rechte Gesichts-, Zungen- und Gaumenhälfte vier Tage vor dem Tode; im rechten Bein war die Sensibilität noch erhalten, aber herabgesetzt und die Leitung verlangsamt; erhöhte Schweisssecretion der rechten Gesichtshälfte. Vollkommene motorische Aphasie bei erhaltenem Wortverständniss. Tuczek.

---

12) **Glioma of the right optic thalamus and corpora quadrigemina** by David Ferrier. (Brain. April 1882.)

Ein 14jähriger Knabe erkrankte — nach einem 4 Jahre vorhergegangenen Falle auf dem Eise — mit Anfällen von allgemeinen Convulsionen; öfteres Erbrechen und heftige Kopfschmerzen; eine zeitlang Lähmung des Rectus internus des rechten Auges und Doppelsehen. Nach $^3/_4$ Jahren taumelnder Gang und Schwäche des linken Armes und Beines, welche schnell zunahm.

Befund nach 1 Jahre: Seitliche Bewegungen der Bulbi, besonders nach links, erschwert; Reaction der Pupillen auf Licht vorhanden, bei Accommodation aufgehoben; doppelseitige Neuritis optica. Intentionszittern der linken Hand. Linksseitige Schwäche und Ataxie. Kniephänomen, besonders links, erhöht. Sensibilität links herabgesetzt.

Im weiteren Verlaufe vollständige linksseitige Lähmung mit Betheiligung des Facialis; öfters tonische Krämpfe mit stundenlanger Bewusstlosigkeit.

Diagnose: Tumor auf der rechten Seite des Pons und Cerebellum.

Autopsie: Gliom, welches den rechten Thalamus opticus und die rechte Seite der Corpora quadrigemina vollständig ergriffen hatte und sich in die Regio subthalamica und die Gegend der inneren Kapsel fortsetzte. Der vergrösserte rechte Thalamus drückte gegen den Lobulus quadrangularis des Kleinhirns, so dass dieses in seinem Längsdurchmesser verkürzt erschien.

Verf. ist geneigt, die Convulsionen ihres vorwiegend tonischen Charakters wegen auf die Affection der Corpora quadrigemina zu beziehen; ebendahin verlegt er die Augenmuskelstörungen und die ataktischen Erscheinungen. Die Lähmung der linken Seite bezieht sich auf die Erkrankung der rechten inneren Kapsel. Gnauck.

Digitized by Google

13) Ein Fall von Hyperästhesia cerebri chronica, Contractur, Paralyse, Aphasie und Amblyopie, begründet in einer Schädelverletzung mit zwölfjähriger Latenz, Genesung; von Dr. Reismann, Haspe. (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 28.)

Unter obigem seltsamen Titel beschreibt Verf. einen Fall von Meningitis chron. traumat. mit eitrigem Exsudat und Druck auf verschiedene Hirnwindungen, der in mehrfacher Beziehung interessant ist. — Ein Bergmann F. hatte im Jahre 1868 durch Schläge mit einem Glase eine Schädelverletzung erlitten, besonders eine Wunde über dem linken Ohre. Der Mann war zunächst ganz wohl geblieben, hatte aber zwölf Tage nach der Verletzung eine schwere Meningitis bekommen, von der er jedoch nach circa sechs Wochen vollständig genas. Erst im Winter 1880 stellten sich periodische Kopfschmerzen ein, die nach und nach immer heftiger und im Sommer 1881 anhaltend wurden. Es gesellte sich bis Ende October 1881 dazu Fieber, Erschwerung der Sprache, sodass Pat. zuletzt fast nur noch „mein Kopf, mein Kopf" sagen konnte, ferner Amblyopie (Rindenhemiopie? Ref.), vorübergehende Contractur beider Unterschenkel, und zuletzt Paralyse des rechten Armes und Beines.

An der Stelle der alten Narbe über dem linken Ohre entwickelte sich endlich eine fluctuirende Geschwulst, nach deren Incision man auf eine kleine Schädelöffnung kam, aus welcher Eiter hervorquoll. Die Aufmeisselung des Schädels ermöglichte die Entfernung des Eiters und eines zwischen Knochen und Dura befindlichen kleinen Sequesters. Gleich am andern Tage waren mit dem Exsudatdruck alle cerebralen Symptome verschwunden und blieben es, obwohl die Wunde noch nach elf Monaten nicht vollständig geschlossen war. Hadlich.

14) Casuistische Beiträge zur Lehre von der Athetose von Dr. E. Schütz. (Prager med. Wochenschr. 1882. Nr. 3 u. 4.)

1. Hemiathetose bei halbseitigen Convulsionen. Fall von Athetose bei infantiler Gehirnatrophie bemerkenswerth durch die Betheiligung der Schulter und Rumpfmusculatur an den Athetosebewegungen sowie durch postepileptische Anästhesie.

2. Allmählich auftretende Schwäche der rechten oberen und unteren Extremität; rechtsseitige Hemiathetose. Arteriosclerose; Erweichungsherd im linken Sehhügel mit theilweiser Zerstörung der inneren Kapsel. A. Pick.

15) Contribution à l'étude des tumeurs du IV. ventricule par les Drs. P. Spillmann et J. Schmidt, Nancy. (Arch. génér. Août 1882.)

Anlässlich einer von den Verff. gemachten Beobachtung von Tumor des vierten Ventrikels haben dieselben die Pathologie dieser Tumoren zum Gegenstand einer eingehenden Studie gemacht.

In dem betreffenden Falle handelt es sich um einen 31jährigen Winzer. Zwei Jahre vor der Aufnahme ohne bekannte Ursache anfallsweise auftretende Kopfschmerzen, später Flimmern vor den Augen, Schwindel bei Bewegungen, allgemeine Schwäche, Erbrechen, besonders des Morgens. Seit sechs Monaten localisirt sich der Kopfschmerz auf Stirn und Hinterkopf; vorübergehende Diplopie, Störung des Gleichgewichts, lancinirende Schmerzen in Armen und Beinen, zunehmende Schwäche in den untern Extremitäten.

Bei der Aufnahme ist die Muskelkraft zum Theil erhalten, die Bewegungen der oberen und unteren Extremitäten in hohem Grade atactisch (in den letzteren auch bei horizontaler Lage), Stehen und Gehen wegen Störung des Gleichgewichts unmöglich, bei Unterstützung hochgradig atactischer Gang. Keine Sehstörungen, keine Beeinträchtigung der Intelligenz, keine Störungen der Hautsensibilität, keine Albuminurie,

Digitized by Google

noch Meliturie. Dysphagie. Einen Tag vor dem Tode linksseitige Hemiplegie, rechtsseitige Parese. Ungleichheit der Pupillen, heftiger Kopfschmerz; nach einigen Stunden plötzlicher Tod im Coma.

Bei der Section fand sich ein hühnereigrosser Tumor im vierten Ventrikel, der der Oberfläche des letzteren fest adhärirte, die Kleinhirnhemisphären auseinander gedrängt hatte. Dritter und vierter Ventrikel stark ausgedehnt. Pons und Medulla oblongata plattgedrückt. Der Tumor bestand aus epithelialen Elementen und ging wahrscheinlich vom Plexus choroides aus. Ausserdem Zeichen von „beginnender diffuser Myelitis".

Eine Analyse von 31 in der Literatur verzeichneten und kurz referirten Beobachtungen und eine in numerisch-statistischer Weise vorgenommene Erörterung der Symptomatologie, die wohl etwas kritischer hätte ausfallen dürfen, führt die Verff. zu folgendem Schluss. Wenn sich nach einem Trauma, oder ohne nachweisbare Ursache, ein Diabetes mellitus oder insipidus entwickelt, wenn sich dazu die gewöhnlichen Manifestationen der Hirntumoren: Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel, Störung der Intelligenz, epileptiforme Attaken gesellen, wenn man zu gleicher Zeit bulbäre und Brückensymptome: Strabismus, Dysphagie, Articulationsstörungen, Taubheit, alternirende Lähmung beobachtet, wenn keine hochgradige Gleichgewichtsstörung, aber häufiges Erbrechen existirt, kann man einen Tumor des vierten Ventrikels diagnosticiren. Fehlt der Diabetes, so ist die Diagnose unmöglich. Eisenlohr.

Psychiatrie.

16) **Sulla pellagra nella provincia di Torino** del Lombroso. (Archivio di psichiatria etc. Torino 1882. Fasc. 1. 2.)

L. hat seine bekannten und auch in Deutschland geschätzten Arbeiten über das Pellagragift um diese beiden, vorwiegend practischen Untersuchungen vermehrt. Der unermüdliche Forscher hat den Zweifel, welche noch über den Causalnexus zwischen dem Gift des verdorbenen Mais und dem Pellagra bestehen, dadurch zu begegnen gesucht, dass er die inficirten Ortschaften einer persönlichen Untersuchung zur Correctur der statistischen Zahlen unterwarf. Zugleich dehnte er seine besondere Aufmerksamkeit auf die allgemeinen hygienischen Verhältnisse der betroffenen Bevölkerung, in specie auf deren Küchenzettel aus.

Durch diese weit ausgreifenden und ausgedehnten Erhebungen ist L. nun im Stande, es zur Gewissheit zu erheben, dass das Pellagragift seine Entstehung den in unreifem, zersetztem (ammuffato) Maiskorn sich entwickelnden Pilzorganismen verdanke. Zumal tritt Pellagra auf nach dem Genuss von aus derartigem Korn auf längeren Vorrath gebackenen Brodes.

Die Wichtigkeit dieser Untersuchungen erhellt aus der bei der eingeborenen Bevölkerung noch festsitzenden falschen Meinung über den wahren Grund dieser Landplage. Feuchtigkeit der Wohnungen, Genuss alcoholischer Getränke, scharf gesalzener Speisen gelten selbst in gebildeteren Kreisen noch vielfach als die Urheber der Pellagra. Musste doch L. allen Ernstes die von einem Arzte ausgesprochene Meinung bekämpfen, dass Käse, Bohnen, Salami Erreger dieser Krankheit seien.

Die Bekämpfung der Vorurtheile scheint sehr schwierig zu sein. Die Landbevölkerung hält eigensinnig an der hergebrachten Art der Ackerbestellung fest und entschliesst sich nicht zur Wahl des Anbaues weniger gesundheitsgefährlicher Feldfrüchte; die Behörden scheinen noch vielfach im Unklaren über das Wesen des Schadens zu sein, dem auch die Aerzte theilweise mit Indolenz gegenüberstehen, worüber Lombroso bitter klagt.

Zur Bekämpfung der Pellagra werden vorzüglich Verwaltungsmassregeln vorgeschlagen; der Arbeit sind Zeichnungen von mobilen wie feststehenden Oefen und

Digitized by Google

Exsiccatoren zur gesundheitsmässigen Bereitung des Maisbrodes beigegeben. Diese sollen besonders ohne erhebliche Vermehrung der Kosten ermöglichen, das Brod immer zum Consum frisch zu bereiten (siehe oben). Für die armen inficirten Gemeinden wird die Aufstellung eines solchen Ofens von Verwaltungswegen befürwortet.

Schliesslich erstrebt L. Ausdehnung der gesetzlichen Vorschriften, sodass verhindert werden könne, dass nicht nur der verdorbene Mais vom Verkauf, sondern vom Genuss überhaupt ausgeschlossen werden könne. Die bestehenden Vorschriften gestatten wohl den Verkauf solchen Korns zu verhindern. Leider blieb den Bauern nach dem Verkauf des guten der schlechte Mais um so sicherer zum eigenen Verzehr liegen.

In der zweiten Arbeit widerlegt L. ausführlich die, wie es scheint, auch in Fachkreisen noch aufrecht erhaltene Meinung, dass der starke Genuss von Salzspeisen (gesalzenem Fleisch, Fisch, Käse) die Pellagra hervorrufe, und dass der Mangel an Fleischnahrung andererseits zur Entstehung der Krankheit mitwirke. Auf die Beschaffung billigerer Fleischkost für die armen Districte legt L. gar keinen Werth und weist nach, dass diese eventuelle Verwaltungsmassregel nach der Natur des Landes und seiner Hülfsquellen sich als unmöglich herausstellen würde. Er kommt daher auf seine oben erwähnten Vorschläge zur Beschaffung von Oefen und Exsiccatoren zur hygienischen Maisbrodbereitung zurück. Jehn.

---

17) **A clinical study of the disease and curability of inebriety** by T. D. Crothers. (The americ. Journ. of the med. scienc. July 1882.)

Auf Grund der Beobachtungen an 42 in einem Asyle behandelten Trinkern kommt Verf. zu dem Schlusse, dass die Trunksucht eine eigene Krankheit sei und in diesem Sinne behandelt werden müsse. Sehr häufig konnte er in der Ascendenz der Kranken Trunksucht nachweisen, auch oft Belastung mit Geistes- und Nervenkrankheiten. Die Trunksucht bricht bisweilen sehr früh aus, einmal schon im siebenten Lebensjahre. Gelegenheitsursachen waren einige Male die Pubertät, am häufigsten aber andere Anlässe, Aufregungen, Gemüthsbewegungen etc. Der Verlauf der Krankheit ist bald ununterbrochen, bald periodisch und an bestimmte Intervalle, bald an unbestimmte Intervalle gebunden; immer aber ist derselbe ohne entsprechende Behandlung progressiv. Bei der periodischen Trunksucht kann die Wiederkehr des Anfalles manchmal bis auf die Stunde vorher bestimmt werden. Bei den Fällen mit unbestimmten Intervallen tritt die Trunksucht, ähnlich einer transitorischen Manie, ganz plötzlich und „paroxysmusartig" auf und dauert nur einige Stunden oder höchstens einen Tag. Die Behandlung muss in Asylen geschehen, und zwar auf eine längere Zeit. Die Principien für eine solche sind: absolute Entziehung des Alcohols, Fernhaltung jeder Aufregung, möglichst ruhiges und geordnetes Leben, tonica, kräftige Ernährung. Die damit erzielten Erfolge sind entschieden ermuthigend. Gnauck.

---

18) **Note sur les traumatismes de l'oreille** par Biaute. (Ann. méd. psych. Juli 1882.)

Fall von Hämatom bei einem gesunden Soldaten, mehrere Fälle, in denen Traumen der Ohrmuscheln bei Geisteskranken kein Hämatom hervorriefen. Moeli.

---

19) **Délire de persécution systématisé d'origine alcoolique suivi de paralysie générale** par Fabre de Parrel. (Annal. méd. psych. Juli 1882.)

Es handelt sich um einen Kranken, bei dem anfangs die bestehende Paralyse durch die Erscheinungen des Alkoholismus verdeckt war. Moeli.

Digitized by Google

20) Un cas de paralysie générale tardive par Espiau de Lamaestre. (Ann. méd. psych. Juli 1882.)

Patient, der Grössenwahn, Pupillendifferenz, Sprachstörung, Verwirrtheit dargeboten hatte, war im 70. Jahre erkrankt und starb im 72. Bei der Section ausgedehnte Adhäsionen an Stirn- und Scheitellappen mit „tiefer Erweichung der grauen Substanz und beträchtlicher Verdichtung der weissen." Vermehrung der Ventrikelflüssigkeit; Ependymgranulationen. Moeli.

Therapie.

21) A new medical Electrode von Hughes Bennett. (The Lancet. 1882. June 24.)

Zur Erleichterung der electrodiagnostischen Untersuchungstechnik construirte H. B. eine neue Electrode, in deren hohlem Griffe sämmtliche Nebenapparate — als Stromwender, Unterbrecher und Rheostat — in compendiösester Form untergebracht sind. Am unteren Ende des im Ganzen ca. 16 cm langen Handgriffs treten in zwei Klemmschrauben die beiden Pole der Batterie ein und passiren auf ihrem Wege gegen den vorderen Theil den Stromwender und den federnden Unterbrecher, die beide durch vorspringende Stifte dirigirt werden. Im vorderen Theile des Heftes ist der Rheostat verborgen, dessen zehn Abtheilungen durch eine Art Revolververschluss nach Maassgabe der an der äusseren Circumferenz angebrachten Ziffern (von 0 – 10) eingeschaltet werden und so durch jede Drehung je $^1/_{10}$ des Gesammtwiderstandes der Nebenschliessung ein- und ausschalten lassen. Durch eine dritte Klemmschraube am Fusse des Griffes wird die Verbindung mit der zweiten Electrode hergestellt.

H. B. sieht die Vortheile seines neuen Etectrodengriffes in der Compendiosität desselben und in der Bequemlichkeit für den Untersucher, seine Aufmerksamkeit nicht zwischen Untersuchungsobject und Apparat theilen zu müssen.

(Schon im April d. J. hat auf dem Congress für innere Medicin in Wiesbaden der Mechaniker Reiniger aus Erlangen ähnliche Stromwender- und Rheostat-Electroden ausgestellt. Ref.) Kast.

22) The special therapeutic value of Hyosciamine in psychiatry by C. H. Hughes. (The alienist and neurologist. 1882 April.)

Nach Besprechung der einschlägigen Literatur stellt Verf. folgende Indicationen für Hyoscyamin auf 1) Delirium tremens und beginnende acute Manie mit kleinen und nahen Gesichtsillusionen. Letztere sollen seiner Ansicht nach hie und da durch die pupillenerweiternde Wirkung des H. schwinden. 2) Acute sthenische heftige Encephalitis mit contrahirten Pupillen und heftiger Excitation. 3) Als alternirendes Mittel. Asthenische Delirien, grosse Muskelschwäche, hohes Alter (Atherom), Gehirnerschöpfungszustände contraindiciren es. Verf. giebt das H. stets subcutan, einmal in 24 Stunden, in voller Dosis. Auf epileptische Convulsionen wirkt Chloral besser, bei Melancholie Morphium. Smidt.

23) Remarks on codeia in the treatment of Diabetes by R. Shingleton Smith. Brit. med. Journ. (1882. June 24.)

Unter Berücksichtigung der Lehre von der Entstehung der Glycosurie durch Erregung der vasomotorischen Oblongata-Centra hat Verf. Codeia in Dosen von 0,06—0,12—0,18 p. die anscheinend mit gutem Erfolg angewandt. Es schien besonders auf die Verminderung der Urinmenge von Einfluss zu sein. Smidt.

Digitized by Google

24) Erfahrungen über Nervendehnung aus Gussenbauer's Klinik von Dr. Gottfried v. Weltrubsky. (Prager med. Wochenschr. 1882. Nr. 11—25.)

1) Tabes dorsalis. 12 Jahr Dauer, Dehnung beider Ischiadici, ungestörter Wundverlauf, auffallende anhaltende Besserung.

2) Neuritis ascendens der Ischiadici (fraglich, ob nicht beginnende Tabes mit erhaltenem Kniephänomen). Dehnung des rechten Ischiadicus, wesentliche Besserung der Motilität, Verschwinden der an den unteren Extremitäten vorhandenen Schmerzen und Muskelzuckungen, Persistiren der Sensibilitätsstörungen.

3) Tabes dorsalis, seit $^5/_4$ Jahren bestehend, Erscheinungen von Cystitis, fieberhafter Zustand, beginnender Decubitus, Dehnung beider Nn. ischiadici, Ausbleiben der Wundheilung, Zunahme der Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen, Tod an Pyelonephritis 33 Tage nach der Operation, typische Hinterstrangsclerose.

4) Tabes dorsalis, $4^1/_2$ Jahr Dauer, Dehnung beider Ichiadici, ungestörter Wundverlauf, vorübergehende Abnahme der Sensibilitätsdefecte an den unteren Extremitäten, Verschwinden einer ausgesprochenen Verspätung der Schmerzempfindungen, Besserung der Blasenfunction.

5) Tabes dorsalis, 8 Jahr Dauer, Dehnung der Ischiadici, anhaltende Besserung der Motilität durch auffallende Verminderung der Ataxie, Verschwinden der Sensibilitätsstörungen an den untern Extremitäten unmittelbar nach der Operation, nach Wochen Wiedererscheinen derselben, Besserung der Blasenfunction, keine günstige Beeinflussung der Schmerzen.

6) Tabes dorsalis mit gastrischen Krisen, 10 Jahr Dauer, Dehnung beider Nn. ischiadici, keine günstige Beeinflussung der Symptome bis auf Besserung der Blasenfunction.

7) Tabes dorsalis, Dauer 1 Jahr, Dehnung beider Ischiadici, keinerlei günstige Beeinflussung der Krankheitserscheinungen.

8) Tabes dorsalis, 16 Monate Dauer, Dehnung beider Ischiadici, Naht der jodoformirten Wunde ohne Drain, Eitersenkung entlang der Scheide des linken Ischiadicus, Heilung durch Granulation, keinerlei Besserung der Motilität, keine wesentliche Beeinflussung der Sensibilitätsdefecte.

9) Tabes dorsalis, complicirt mit psychischer Störung, Dauer 2 Jahre, Dehnung beider Ischiadici, Naht der jodoformirten Wunden ohne Drain, Eitersenkung entlang der Scheide des linken Ischiadicus, protrahirte Heilung durch Granulation, keinerlei günstige Beeinflussung der Krankheitserscheinungen.

10) Tabes dorsalis, Dauer 14 Jahre, Dehnung beider Ischiadici, rechts langsame Heilung der Operationswunde durch Granulation, links arterielle Nachblutung am sechsten Tage nach der Operation, Eitersenkung entlang der Nervenscheide, sehr verzögerte Heilung, vorübergehende unbedeutende Besserung der Sensibilität, Verschlechterung der Blasenfunction, allgemeine Kraftabnahme.

Im Anhange werden zwei Fälle von Dehnung bei Ischias ohne wesentlichen Erfolg, ein Fall von Dehnung bei Epilepsie mit peripherer Aura ohne besonderen Erfolg mitgetheilt, sowie die Thatsache, dass die anfänglichen günstigen Resultate von Fall 1 und 2 später wieder rückgängig wurden. A. Pick.

25) Ueber den mechanischen Effect der centrifugalen Nervendehnung auf das Rückenmark von Dr. Julius Ph. Braun. (Prag. med. Wochenschrift. 1882. Nr. 17—19.)

B. bestimmt diesen Effect, indem er den auf Becken und Wirbelsäule durch die Dehnung ausgeübten Effect eliminirt (das Verfahren siehe im Original), für das Lendenmark bei starker Dehnung des Ischiadicus je nach der Stärke der Dehnung auf 0,4—2 mm Excursion; für die Höhe des zehnten Brustwirbels auf 0,4—1,75, des achten Brustwirbel 0,4—1,17, des fünften Brustwirbels 0,33—0,5, des ersten Brust-

Digitized by Google

wirbels 0,16—0,33; am Halsmark konnte die Bewegung nicht mehr gemessen, aber deutlich bis zum Foramen occipitale gesehen werden.

In einem andern Falle war der Effect geringer, in einem dritten blieb er ganz aus. Dehnung der Armnerven ergab das gleiche Resultat.

Bei der sog. unblutigen Dehnung konnte constatirt werden, dass bei Beugung in der Hüfte bis zu 90° mit gleichzeitiger Streckung im Knie der Ischiadicus nur gespannt wird, und erst bei forcirter Flexion in der Hüfte eine kleine Bewegung des Rückenmarks eintritt, die kaum merklich grösser wird bei Flexion ad maximum.

B. betont den jetzt vorliegenden Nachweis, dass schwere, unmittelbar an die Dehnung anschliessende Erscheinungen mechanisch durch diese erzeugt seien; unter den dafür angeführten Fällen ist besonders folgender bemerkenswerth: Bei einem seit der Kindheit mit hochgradigen Contracturen in beiden Hüft- und Kniegelenken behafteten jungen Manne wurde in einer Sitzung die forcirte Streckung beider Beine vorgenommen. Kurze Zeit nach der Operation Collaps und baldiger Tod. Zahlreiche Hämorrhagieen um beide Ischiadici und im Rückenmarkskanal bis zum Halsmark reichend. A. Pick.

---

26) Ueber die Grundsätze, nach denen Hülfsklassen einzurichten sind von Dr. Berkhan, prakt. Arzt in Braunschweig. (Zeitschrift für Idiotenwesen. Mai 1882. Sep.-Abdr.)

Verf. plädirt für die Einrichtung von Hülfsklassen für schwachbefähigte (schwachsinnige) Kinder. In Braunschweig kommt auf 300 Schüler der mittleren und unteren Bügerschulen im Alter von 7--9 Jahren ein schwachbefähigtes Kind, und ist dort mit Erfolg im Anschluss an die Bürgerschule eine Hülfsklasse eingerichtet worden; ähnliche Einrichtungen bestehen in Dresden, Kopenhagen, Christiania, Nordamerika. Zu trennen sind die höheren Grade des Schwachsinns (Idiotismus). Bei den auf der Grenze zwischen dem bildungsfähigen Schwachsinn und dem Idiotismus stehenden Fällen soll die Kieferbildung entscheiden, ob sie in die Hülfsklasse oder in die Idiotenanstalt gehören. Eine von der gewöhnlichen Form abweichende Bogenstellung der Kiefer, unregelmässige Zahnstellung, kielförmiger harter Gaumen schliesst von der Hülfsklasse aus, ebenso das Vorhandensein von epileptiformen Anfällen bei geringerem Schwachsinn.

Die Lehrer von der Hülfsklasse müssen einige Zeit den Unterricht in einer Idiotenanstalt beigewohnt haben. M.

Forensische Psychiatrie.

27) Su A. Faëlla e sugli osteomi e le cardiopatie negli alienati dei Lombroso e Ferri. (Archivio di psichiatria. 1882. 1. 2. p. 118.)

Ein den höheren Ständen angehöriger Mann von auffallendem, wechselndem, heftigem Charakter war durch unsinnige Geschäftsführung in Noth gerathen. Um seinen zerrütteten Verhältnissen wieder aufzuhelfen, drängte er sich in das Vertrauen und die Freundschaft eines reichen Mitbürgers, copirte dessen Autogramm und ermordete dann sein Opfer, um dann den Erben und Gerichten einen gefälschten Wechsel über eine enorme Summe mit der nachgemachten Unterschrift des Ermordeten vorzulegen. Das Verbrechen war mit schlauem Vorbedacht ersonnen, lässt aber überall den Schwachsinn des Unternehmers durchblicken. Der Verbrecher nahm sich im Kerker das Leben, nachdem er höchst charakteristische Vertheidigungsaufsätze voller Eigenlob geschrieben hatte. Die Section ergab unter Anderem Herzhypertrophie, Atherom der Aorta und in der Falx cerebri, entsprechend dem Sulcus Rolando ein 45 mm langes, 30 mm breites, 5 mm dickes polyedrisches, mit Stacheln versehenes

Digitized by Google

Osteom. — Die Verff. finden, dass der Kranke in der Mitte zwischen dem Geisteskranken und dem Verbrecher stand, sind aber geneigt, ihm mehr den ersteren Charakter zuzuweisen. Jehn.

---

28) Studio di 26 cranii criminali dei Conguet e Depaoli. (Archivio di psichiatria. 1882. 1. 2. p. 107.)

Die Untersuchung von 26 Verbrecherschädeln, von welchen neun Mördern, siebenzehn Dieben angehörten, ergab als besonders hervortretende Merkmale:

Bei den Mördern fiel Hervorragen der Arcus superciliares, Hervortreten der Jochbogen und Häufigkeit Wormianischer Körperchen, ferner vorzeitige Verknöcherung der Schädelsuturen auf. Mit Ausnahme dieses letzten Merkmals waren die genannten Erscheinungen bei den Dieben seltner bemerkt. Asymmetrie des Schädels war nicht häufig; dagegen wurde völlige Verwachsung des Atlas mit dem Schädel in auffallend grosser Zahl bemerkt; gegenüber dem bei Gesunden vorkommenden Satz von 0,84 % (Lombroso) wurden 10 % festgestellt. Die durchschnittliche Capacität der Schädelhöhle betrug bei den Mördern 1492, bei den Dieben 1476 kcm; bei der ersteren Zahl ist jedoch zu berücksichtigen, dass unter den neun Schädeln von Mördern zwei weibliche waren. Jehn.

---

29) Ueber den Einfluss der Aphasie auf die Fähigkeit zur Testamentserrichtung von Prof. Dr. F. Jolly. (Arch. f. Psych. XIII. S. 325.)

Im Anschluss an einen diesbezüglichen Fall aus dem Jahre 1682 bespricht J. zuerst das Verhältniss der Aphasie zu den Anforderungen verschiedener Gesetzbücher mit Bezug auf die formelle Seite der Testamentserrichtung. Mit Bezug auf die weitere Frage, inwiefern durch die Aphasie die materielle Voraussetzung der Testirfähigkeit, welche in normalem Zustande der Geisteskräfte besteht, beeinträchtigt wird, kommt er im Allgemeinen zu folgenden Schlüssen: Bei der atactischen oder motorischen Aphasie ist die Intelligenz am wenigsten geschädigt; in höherem Grade, ja selbst bis zu hohem Grade ist dies der Fall bei amnestischer Aphasie und wird dies noch gesteigert durch Complication mit Worttaubheit; der Einfluss reiner Worttaubheit ist bisher nicht festgestellt. Neben dem Einflusse der von der Aphasie abhängigen Denkstörungen ist noch derjenige des Hirnleidens selbst und seiner Folgen in Betracht zu ziehen; derselbe schwankt in den weiten Grenzen vom Sinken des geistigen Tonus bis zu dem Grade geistiger Schwäche, bei dem die aphatischen Erscheinungen als nebensächlich erscheinen. Bezüglich weiterer Ausführungen muss auf das Original verwiesen werden. A. Pick.

---

30) La Névrose hypnotique devant la Médecine légale. Du viol pendant le sommeil hypnotique. Par Ladame, Neufchâtel. (Corr. f. Schweizer Aerzte. 1882. Nr. 11 u. 12.)

„Das hypnotische Fieber" hat bereits Beziehungen zur Strafrechtspflege gewonnen, welche sehr interessanter und delicater Natur sind. L. berichtet über einen Fall, welcher sich vor dem Richter von la Chaux-de-Fonds abspielte. Er betraf ein junges Mädchen aus Bern, welches behauptete, von einem jungen Mann, welcher sie „magnetisirt", im künstlichen Schlaf genothzüchtigt und geschwängert zu sein. Das Sujet dieser Erzählung ist nicht neu. L. citirt verschiedene Fälle der Art aus der Literatur. Abgesehen von einem leicht erkennbaren Fall, in welchem lügenhafte Angaben seitens der Klägerin vorlagen, bereiteten sie den Gutachtern zum Theil bedeutende Verlegenheiten. Schon 1858 kam in Frankreich ein derartiger Fall vor. In mehreren dieser Fälle mussten die Sachverständigen die Möglichkeit zugeben, dass eine Frauensperson im „magnetischen Schlaf" zum Coitus missbraucht und geschwängert werden könne. Auch in dem Falle von L. musste der Verf. diese Möglichkeit zugeben. Wenn, wie

Digitized by Google

bekannt, sogar schmerzhafte Operationen in der Hypnose vorgenommen werden können, so ist auch Coitus und Conception möglich, ohne dass die betreffende Person Widerstand leisten kann. — Die Wahrscheinlichkeit der Angaben der Klägerin wird erhöht durch die vor Gericht zu erhärtende Thatsache, dass die betreffende Person jederzeit in Hypnose zu versetzen ist. Von manchen Hypnotischen wird berichtet, dass sie zwar im Wachen von dem, was im Schlaf mit ihnen vorgefallen, keine Erinnerung haben, dass aber in einer neuen Hypnose ihnen die Ereignisse aus dem früheren Schlaf wieder deutlich vorschweben, und man könnte aus derartigen Angaben ein Hülfsmittel zur Erkennung der Thatsachen herleiten. Aber alle diese Angaben sind mit grosser Vorsicht aufzunehmen. Ueberhaupt ist derartigen Neuropathischen nur ein beschränktes Vertrauen zu schenken, „sie sind geneigt, im guten Glauben zu täuschen, zu lügen ohne Zweck und Ziel. Dies ist ein Hauptsymptom der Hysterie, und oft bin ich bei Hypnotikern der Tendenz zur Uebertreibung und falscher Auslegung begegnet."

Der Werth solcher Experimente vor Gericht soll denn auch nach L. vielmehr darin bestehen, dass die Richter sich überzeugen, wie wenig auf derartige Zeugenaussagen und Geständnisse zu geben ist.

Der Gerichtshof beschloss in dem Falle von L., dass der Beweis für die Richtigkeit der Erzählung der Maria T. nicht erbracht sei, und dass, weil Marie T. nachweislich einen unregelmässigen Lebenswandel führe, sowie aus andern Gründen, der Klage keine Folge gegeben werden solle. Siemens.

Anstaltswesen.

31) **Irren-Versorgung der Stadt Breslau** von Dr. Leppmann. (Schles. Gesellschaft für vaterländische Cultur. Sitzung vom 28. April 1882.)

Verf. weist in schlagender Weise nach, wie die augenblickliche Versorgung der Irren der Stadt Breslau eine durchaus unzureichende ist, und dass „die rationellste Abhülfe der bestehenden Missstände durch den Neubau eines Irren-Stationshauses ausserhalb des Hospitals geschaffen würde." (Wer die Verhältnisse in Breslau kennt, muss es geradezu für erstaunlich halten, dass sie so lange tolerirt werden. Bei einem Neubau dürfte aber nicht auf eine Zahl von etwa 160 Kranken, sondern auf eine höhere, auf über das Doppelte zu rechnen sein. Abgesehen von dem Wachsthum der Stadt wird es dort wie in Berlin gehen, ist erst einmal ein anständiger Raum für die Kranken da, so wird die Zahl der Aufzunehmenden rapid steigen. Die Ausseracht lassung dieser Thatsache hat für Berlin es mit sich gebracht, dass die neue Anstalt, für 1000 berechnet, kaum eröffnet mit ca. 1100 belegt war, und am 1. Juli a. c. in der Anstalt 1173, in Privatanstalten auf Rechnung der Kommune 441 Kranke verpflegte.) M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Société de Biologie. Sitzung v. 22. Juli 1882. (Forts.)

H. Parinaud macht darauf aufmerksam, dass bei cerebrospinalen Affectionen ausser der Pupillenstarre mit Myosis eine andere Form von Myosis vorkommt, wo sich die Pupille bei Beschattung deutlich erweitert, und bei Lichteinfall und Nahesehen ungemein stark, bis zu Punktgrösse, verengt. Er hat diese Form von Myosis mit verstärktem Pupillarreflex dreimal unter sieben Fällen von multipler Sclerose beobachtet, wobei zweimal zugleich Steigerung des Kniephänomens bestand. — Ausserdem habe er „dans certains états pathologiques" einen umgekehrten Pupillenreflex bemerkt, nämlich Erweiterung bei Lichteinfall.

Alb. Hénocque und Eloy stellten in Brown-Séquard's Laboratorium zahlreiche Experimente zur Klarstellung der Function des N. phrenicus an.

Digitized by Google

1) Sie zerrissen bei verschiedenen Thieren in sehr vollständiger Weise die Wurzeln und Anastomosen des N. phrenicus auf einer Seite, und beobachteten nun die Respirationscurven mittelst pneumographischer Apparate. Gleich nach der Operation finden noch Bewegungen der Brust und Contractionen des Zwerchfells statt; aber auf der operirten Seite hören sie bald auf, und nur die unteren Rippen erheben sich noch etwas. In den nächsten Tagen wird der Brustkorb fast ganz unbeweglich. Aber später, und zwar frühestens vom sechsten Tage an, beginnen wieder Bewegungen, und im Laufe von mehreren Monaten lässt sich auf der operirten Seite wieder eine Respirationscurve gewinnen von dem Typus der normalen, nur bleibt die Elevation eine etwas geringere. — Bei der zum Theil erst nach Jahresfrist gemachten Section der Thiere fand sich in der Operationsnarbe der N. phrenicus regenerirt, und ausserdem bemerkten die Verff. eine Hypertrophie der unteren Intercostalmuskeln.

— Sitzung vom 29. Juli.

2) Dieselben Autoren — Hénocque und Eloy — constatirten dann in weiteren Versuchen, dass die Durchschneidung der Intercostalnerven den Respirationsmechanismus nicht wesentlich stört. Sie fanden ferner, dass Durchschneidung des N. phrenicus der einen Seite die Respirationsbewegungen beider Seiten beeinflusst, und dass die obere Wurzel (vom N. cervic. IV?) des N. phren. es ist, an deren Durchschneidung die angegebenen Wirkungen hauptsächlich geknüpft sind, während diese nur in geringem Maasse eintreten nach Durchschneidung der unteren Wurzel (Bestätigung der Angaben von P. Bert). — In neueren Experimenten (Sitz. v. 5. August) fanden Verff. zweimal, bei Kaninchen und Katze, dass nach Durchschneidung beider Nn. phren. sich die Respirationsbewegungen verlangsamten, aber kräftiger wurden; bei einem Meerschweinchen dagegen wurden sie unregelmässig und beschleunigt.

Längsdurchschneidung des Halsmarkes in der Mittellinie — vom dritten bis siebenten N. cervic. — hatten anscheinend keinen störenden Einfluss auf die Function des N. phren. — Seitliche Längs- und verschieden angelegte Querschnitte führten zu keinem bestimmten Resultat.

Endlich beobachteten die Verff. fünfmal — immer bei Meerschweinchen — nach Verletzungen des Halsmarkes epileptiforme Krämpfe.

— Sitzung vom 5. August.

S. F. Danillo (aus Petersburg) legt einen „Reflexometer" vor, ein Instrument zur genaueren Untersuchung der Sehnenreflexe, welches an den Extremitäten, sowie auch am Rumpfe angelegt werden kann. Es ist eine Modification eines früheren Vorschlages von F. Franck, und ermöglicht ausser der Bestimmung der bei der Percussion angewendeten Kraft auch die genaue Angabe des Zeitpunktes der Percussion. Das Instrument ist angefertigt bei Galante & fils in Paris. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Clinical Lectures on diseases of the nervous system by Thomas Buzzard, London. (Churchill. 1882. 466 S.)

Im vorliegenden Bande veröffentlicht B. eine Reihe klinischer Vorträge, die zum grössten Theile schon früher in verschiedenen Zeitschriften veröffentlicht worden sind. Wie er selbst in der Vorrede angiebt, war er bemüht, durch Verbesserungen und Vermehrungen den Text formell abzurunden und inhaltlich bis auf die Höhe der allerneuesten Zeit zu heben; es findet sich denn auch in der That die Literatur selbst schon von 1882 berücksichtigt.

Digitized by Google

In den zwei ersten Vorlesungen beschäftigt sich B. mit den „Sehnenreflexen", vorwiegend jedoch vom klinischen Standpunkte; er betrachtet sie als reflectorischer Natur, erwähnt jedoch auch die gegentheilige Anschauung. Diesen schon früher publicirten Vorträgen angefügt findet sich ein von de Watteville bearbeiteter Anhang, der den letzteren Standpunct namentlich mittelst der neueren physiologischen Arbeiten beleuchtet.

Die beiden folgenden Vorlesungen handeln von der Poliomyelitis ant. ac. und zwar vorwiegend von der das Kindesalter betreffenden. Vorlesung V bespricht in einer durch zahlreiche selbst beobachtete Fälle illustrirten Weise die Differentialdiagnose zwischen einzelnen Formen hysterischer Lähmung und Myelitis.

Mehrere der folgenden Vorlesungen sind dem Studium der Tabes dorsalis gewidmet; bezüglich der pathologischen Anatomie und Pathologie derselben steht B. ganz auf dem Standpunkte der Schule der Salpétrière. Die neueren deutschen Arbeiten werden nicht erwähnt; zu erwähnen ist B.'s Bemerkung, dass er auf Grund klinischer Erfahrungen geneigt ist, anzunehmen, dass zuweilen der Beginn der grauen Hinterstrangsdegeneration ein interstitieller ist. Wie alle andern Vorlesungen sind auch diese durch zahlreiche, zum Theil mit Sectionsbefund versehene Beobachtungen erläutert. Die zehnte Vorlesung ist den Beziehungen der Tabes dorsalis zur Syphilis gewidmet. B. kommt zu dem Schlusse, dass, obwohl das Zusammenvorkommen beider ein auffallend häufiges ist, es gegenwärtig nicht möglich ist, sichere Schlüsse hinsichtlich der Beziehung beider zu einander zu ziehen.

Die folgenden Vorlesungen incl. der vierzehnten sind der Besprechung der tabischen Arthropathieen und den gastrischen Krisen gewidmet, während die folgende einer Reihe seltenerer Erscheinungen der Tabes, Kehlkopfsymptome, Taubheit etc. gedenkt. In der sechzehnten behandelt B. die zuerst von Heubner und Wunderlich urgirte Erscheinung einer oft längere Zeit andauernden Somnolenz in Fällen von Hirnsyphilis, welche er mit jenen Autoren auf die luetische Gefässerkrankung bezieht; therapeutisch empfiehlt er für solche Fälle eine energische Schmiercur an Stelle des Jodkalium, das er in solchen Fällen als unwirksam befunden. Daran schliesst sich eine vorwiegend casuistische und wegen der Seltenheit der Fälle um so interessantere Vorlesung über syphilitische und rheumatische Neuritis. In der achtzehnten Vorlesung theilt B. mehrere, wahrscheinlich auf Syphilis beruhende Fälle von fast allgemeiner Lähmung mit, die sich von den typischen Fällen acuter aufsteigender Paralyse durch ausgedehnte Betheiligung der Sensibilität, Störung der electrischen Erregbarkeit und Betheiligung der Abducentes unterscheiden. B. ist geneigt, eine weit verbreitete Meningitis oder vielmehr eine syphilitische Gefässerkrankung der Meningen als Grundlage anzunehmen. (Ref. will bei dieser Gelegenheit bemerken, dass B. die von Kahler und Ref. veröffentlichten Fälle nicht kennt. Die Berücksichtigung derselben hätte sowohl mit Bezug auf die Frage von der Wiederkehr des Kniephänomens, als auf die von der Betheiligung der Sensibilität zu andern Resultaten geführt.)

Darnach folgen Vorlesungen über Paralysis agitans, Myelitis mit den Erscheinungen der spastischen Spinalparalyse, cervicale und syphilitische Paraplegie und über Tetanie, alle auf reicher Casuistik basirt.

In der vierundzwanzigsten Vorlesung, über Erscheinungen von Transfert bei Epileptikern, hervorgerufen durch circuläre Blasenpflaster, knüpft B. an eine schon 1868 von ihm veröffentlichte Beobachtung neue an, die darin bestehen, dass bei Epileptikern mit peripherer Aura ein oberhalb der Stelle der Aura angelegtes circuläres Blasenpflaster in vielen Fällen die Erscheinungen der Aura, sowohl die subjectiven wie die objectiven auf die symmetrische Körperstelle übergehen macht; in einzelnen andern verschieben sie sich auf derselben Körperhälfte, sodass von einem Transfert im jetzt üblichen Sinne nur uneigentlich die Rede sein kann; unter den mitgetheilten Fällen sind besonders zwei bemerkenswerth, weil es sich um grob anatomisch von der Grosshirnrinde bedingte Epilepsie mit Aura handelt. In den Erörterungen der Erscheinung

Digitized by Google

überrascht die Aeusserung, dass etwas den von B. beobachteten Erscheinungen Gleiches beim Gesunden bisher noch nicht bekannt ist. Die fünfundzwanzigste Vorlesung, ein Wiederabdruck aus „Brain", behandelt diagnostische Gesichtspunkte bei der Bleilähmung.

Wie schon im Vorangehenden mehrfach hervorgehoben, liegt das Schwergewicht des Buzzard'schen Buches in den mitgetheilten Beobachtungen, die B. aus dem offenbar grossartigen Material des National Hospital for the paralysed and epileptic geschöpft, an welchem er einer der behandelnden Aerzte ist. Die Kürze und Prägnanz der Beobachtungen wird gewiss gerade in den Augen der practischen Aerzte den Werth derselben erhöhen, während der Forscher die Fülle und Seltenheit des Materials zu würdigen wissen wird.

Die Ausstattung des Buches ist die bekannte gediegene der grossen englischen Verleger. A. Pick.

Die allgemeine Electrisation des menschlichen Körpers. Electrotechnische Beiträge zur ärztlichen Behandlung der Nervenschwäche etc. Von Sigm. Theod. Stein, Frankfurt a. M. (Der medicinischen Facultät der Universität Würzburg zur Feier ihres dreihundertjährigen Bestehens gewidmet. Halle, Knapp. 1882.)

Der Verf., der durch verschiedene Leistungen auf physikalischem und medicinisch-technischem Gebiet seine physikalische Durchbildung bekundete, giebt im vorliegenden Schriftchen einen Ueberblick über die Methoden der allgemeinen Electrisation des menschlichen Körpers.

Er versteht darunter nicht allein die allgemeine Faradisation und Galvanisation von Beard und Rockwell, sondern auch die Anwendung der statischen Electricität, wie sie durch die Schule der Salpétrière neuerdings wieder in die Praxis eingeführt ist. Die sonst etwas wunderlich klingende zeitliche Eintheilung der Electrotechnik in vier Entwicklungsperioden, deren erste die Anwendung der localen Faradisation durch Duchenne, die zweite des galvanischen Stroms durch Remak, die dritte die allgemeine Electrisation durch Beard und Rockwell, die vierte die Aufnahme der statischen Electricität umfasst, kann man nur vom rein technischem Standpunkt begreifen; vom Standpunkt der wissenschaftlichen Electrotherapie müsste man doch namentlich von der vierten „Epoche" noch einige weitere Beweise der Ebenbürtigkeit verlangen, ausser den vom Verf., von Arthuis, von Vigouroux und Drosdow gegebenen Argumenten.

Uebrigens lässt sich nicht leugnen und jeder Electrotherapeut, der in dieser Beziehung Erfahrungen gesammelt hat, wird dem Verf. beipflichten, dass die allgemeine Electrisation, besonders wie sie in der allgemeinen Faradisation zum Ausdruck kommt, bei den mannigfachen, häufig nicht genauer zu localisirenden Störungen der Neurasthenie, bei neuralgischer Disposition mit vielfacher Localisation und bei verschiedenen Localneurosen auf allgemeiner neuropathischer Grundlage, bei nervöser Dyspepsie u. A. oft von überraschendem Erfolg ist.

Im I. Cap. wird die allgemeine Faradisation und Galvanisation abgehandelt, die zweckmässigsten Apparate mit allerlei technischen Finessen beschrieben, ebenso die technischen Details der Beard'schen Methode, die Verf. mehrfach modificirt, erörtert. Eine ganz zweckmässige Modification ist die zur „electrischen Massage" angewendete „Rolle", die freilich vor dem Beard'schen Schwamm nur den Vortheil einer bequemeren Handhabung haben dürfte. Auch ein „Electrisirstuhl" scheint bequem, sobald es sich darum handelt, stabile Ströme längere Zeit auf bestimmte Körpertheile einwirken zu lassen, doch hat diese Fixirung der Electroden durch mechanische Mittel ihre Inconvenienzen, die Ref. den Electrotherapeuten nicht auseinanderzusetzen braucht. — Dass die „centrale Galvanisation" von B. und R. entbehrlich sei, glaubt Ref. wie der Verf. — Eine Uebersicht über 39 Fälle von Neurasthenie

Digitized by Google

mit sechs ausführlicher mitgetheilten Krankengeschichten erläutert die Anwendung der allgemeinen Faradisation bei diesen Krankheitsformen (— 29 positive Erfolge, Heilungen, resp. Besserungen).

Das im zweiten Abschnitt geschilderte farado-galvanische (Wannen-)Bad soll ähnliche Wirkungen haben wie die allgemeine Faradisation.

Im dritten Abschnitt wird zunächst eine vom Verf. früher schon publicirte experimentelle Untersuchung über die positive elektrische Spannung der Oberfläche des menschlichen Körpers reproducirt. Im Anschluss daran empfiehlt Verf. die therapeutische Verwendung der statischen Electricität, besonders die „allgemeine Franklinisation" in Form des elektrostatischen Luftbades. Eine recht zweckmässige Modification der Holtz'schen Influenzmaschine, sowie einige practisch verwendbare Motoren werden beschrieben.

Bezüglich der therapeutischen Verwendung der allgemeinen Franklinisation bemerkt Verf., dass dieselbe bei Neurasthenie nicht geeignet, dagegen bei einigen Neuralgieen, bei Hysterie empfehlenswerth sei. Es erzielte die electrostatische Spitzenwirkung sogar in manchen Fällen von Neuralgieen, in denen der galvanische und faradische Strom versagt hatten, noch Heilung.

Referent möchte trotz der ziemlich grossen Umständlichkeit der Proceduren, der delicaten Natur der Apparate und der Unmöglichkeit exacter Dosirung die weitere Prüfung der statischen Electricität den Specialisten empfehlen (der practische Arzt wird dazu niemals Zeit haben). Seine eigenen, übrigens erst seit Kurzem angestellten Versuche mit der statischen Electricität haben ihn zu einem definitiven Urtheil über den Nutzen der fraglichen Methode noch nicht kommen lassen. Wer aber der Hartnäckigkeit mancher Neurosen gegenüber der scheinbar rationellsten Anwendung der localen electro-therapeutischen Behandlung mit dem faradischen und galvanischen Strom, wie gegenüber der Therapie überhaupt sich erinnert, wird selbst bei nur beschränkter Anwendbarkeit und Nützlichkeit eines neuen und auf den ersten Blick weniger wissenschaftlichen Verfahrens nicht ohne Weiteres die Achseln zucken.

Ein vierter Abschnitt giebt einige Anleitungen bezüglich der Pflege der Apparate.

Ref. empfiehlt die kleine Schrift, die recht gut ausgestattet ist und wohl verwerthbare Winke zur electro-therapeutischen Praxis enthält, den Specialisten zur Beachtung. Eisenlohr.

V. Personalien.

Am 7. August d. J. starb zu Schöneberg bei Berlin der Geh. Sanitätsrath Dr. Levinstein. Er hatte nicht bloss als Begründer und Leiter der Maison de santé sich einen über Deutschland hinausreichenden Ruf erworben; auch die Wissenschaft verliert in ihm einen thätigen Arbeiter. Besondere Anerkennung haben seine Arbeiten über die Morphiumsucht gefunden.

VI. Vermischtes.

Giebt es geisteskranke Elephanten? Die Lancet behauptet: Nein. Dagegen führt Chicago Medical Review aus, dass Geisteskrankheit so häufig unter den Elephanten ist, dass ein specieller Name für derartige kranke Elephanten im Volksmund eingeführt ist und zwar „rogue" (Schelm).

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. September. No. 18.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Poliomyelitis anterior subacuta cervicalis circumscripta beim Erwachsenen von **Eisenlohr.**

II. Referate. Anatomie. 1. Ueber die periphere und centrale Anordnung der Sehnervenfasern und über das Corpus bigeminium anterius von **Ganser.** 2. Ueber die Endigungen sensibler Nerven in Muskel und Sehne von **Rauber.** — Experimentelle Physiologie. 3. Ueber die Einwirkung des Morphin auf den Darm von **Nothnagel.** 4. Étude expérimentale sur la vitesse nerveuse chez l'homme par **René.** — Pathologische Anatomie. 5. Ein Fall von Rückenmarkserkrankung bei Pseudomuskelhypertrophie von **Pekelharing.** 6. Zur Anatomie und Nosologie der retrobulbären Neuritis von **Samelsohn.** 7. Sul peso della calotta cranica nella paralysi progressiva del **Fränkel.** — Pathologie des Nervensystems. 8. History of a case of myxoedema by **Gowans.** 9. On the clinical history and diagnosis of haematoma of the dura mater by **Finlayson.** 10. Clinical Remarks etc. by **Semon.** 11. Rotation et déviation conjuguées de la tête etc. par **de la Tourette.** 12. Neuropathologische Notizen von **Möbius.** 13. Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sensibilität und des Sehvermögens bei Läsionen des Hirnmantels von **Bernhardt.** 14. **J. M. Charcot.** Leçons etc. 15. Remarques sur les accidents déterminés par des fractures chez des femmes épileptiques par **Terrier** et **Luc.** 16. Abnorme electrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von progressiver Muskelatrophie von **Bernhardt.** 17. Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie von **ter Meulen.** 18. Ueber motorische oder kinetische Aequivalente von **Arndt.** 19. Ueber kinetische Aequivalente von **Lachmann.** — Psychiatrie. 20. Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse von **Zacher.** 21. Étude sur la dépression du crâne pendant la seconde enfance par **Guermonprez.** — Therapie. 22. Remarks on the systematic treatment of aggravated hysteria and certain allied forms of neurasthenie disease by **Playfair.** 23. Curare bei Epilepsie. 24. Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de Strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux par **de Cérenville.** — Forensische Psychiatrie. 25. Delitto e pazzia da trauma del **Lombroso.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Personalien.

VI. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

Poliomyelitis anterior subacuta cervicalis circumscripta beim Erwachsenen.

Von Dr. **C. Eisenlohr** in Hamburg.

Der anatomische Befund, dessen präciser und ausgeprägter Charakter mir eine Mittheilung zu rechtfertigen scheint, bildet einen Beitrag zu dem noch sehr der Ergänzung bedürftigen anatomischen Material der subacuten atrophischen

Digitized by Google

Lähmung der Erwachsenen. Obwohl nicht alle Forderungen, die man bezüglich der Vollständigkeit der klinischen Geschichte eines Falles wie des folgenden stellen darf, erfüllt sind, obwohl auch die mikroskopische Untersuchung der grossen Nervenstämme fehlt, glaube ich doch die Abhängigkeit der intra vitam bestehenden atrophischen Lähmung einer oberen Extremität von dem umschriebenen Herd in einer Vordersäule des Rückenmarks zur Evidenz begründen zu können.

Der betreffende Fall befand sich einer anderen schweren Krankheit halber auf der Abtheilung des Herrn Dr. G. Bülau im Hamburger allgemeinen Krankenhause; der Güte des Herrn B. verdanke ich die Krankengeschichte und das anatomische Untersuchungsobject; ich sah selbst die Kranke einmal, konnte aber von der Erlaubniss, eine eingehende electrische Untersuchung vorzunehmen, eigener längerer Erkrankung wegen leider keinen Gebrauch machen.

Eine 52jährige Arbeiterfrau liess sich am 27. März 1881 wegen chronischer Verdauungsstörungen mit sehr bedeutender allgemeiner Kräfteabnahme im Allgemeinen Krankenhause aufnehmen. Die Anamnese ergab, dass sie vor sechs Jahren mehrere Wochen an Scarlatina gelegen, ausserdem an chronischen Beingeschwüren gelitten. Vor fünf Jahren fiel sie Nachts beim Versuch aufzustehen aus dem Bett, brach mehrere Rippen und war zehn Wochen bettlägerig. Vier Monate später sollen die ersten Zeichen von Schwäche im rechten Arm eingetreten sein. Pat. liess Dinge, die sie in der Hand hielt, fallen, konnte Schlüssel nicht mehr drehen, bald auch nicht mehr nähen und stricken. Schmerzen hatte sie nicht, dagegen soll öfter ein krampfhafter Zustand der Fingerbeuger eingetreten sein, wodurch es der Pat. unmöglich wurde, einen angefassten Gegenstand loszulassen; sie musste dann mit der linken Hand die krampfhaft geschlossenen Finger losmachen. Ob es sich dabei wirklich um eine motorische Reizerscheinung handelte, oder bloss um eine früher eingetretene Lähmung der Fingerstrecker und präponderirende Action der Beuger, lässt sich kaum mehr entscheiden.

Gleichzeitig mit den paretischen Erscheinungen magerte der Arm ab. Es scheint übrigens bald ein stationärer Zustand eingetreten zu sein, es kam nicht zu vollständiger Lähmung der oberen Extremität und soll sich in den letzten Jahren daran nichts verändert haben.

Die Untersuchung ergab allgemeine starke Abmagerung des Körpers, Icterus der Conjunctiven und der Haut, eine palpable Vergrösserung der Leber, deren Oberfläche sich uneben anfühlte; keine Milzvergrösserung, kein Ascites nachweisbar.

Hinsichtlich des uns wesentlich interessirenden Befundes an der rechten Oberextremität zeigte sich schon die Musculatur des Schultergürtels speciell abgeflacht und atrophisch, sowohl der Ober- als der Vorderarm von geringerem Umfang als links (die Differenz betrug in verschiedenen Durchmessern 1—1,5 cm). Am ausgeprägtesten war die Abmagerung im Triceps und den Extensoren am Vorderarm, recht deutlich auch die Atrophie der kleinen Handmuskeln (Thenar und Interossei).

Das Handgelenk stand in Beugestellung, die Finger im zweiten Gelenk leicht flectirt. Was die Bewegungen betrifft, so zeigte sich Ab- und Adduction

Digitized by Google

des Oberarms zum Rumpf wesentlich beschränkt, ebenso die Hebung der Schulter, die nur bis zur Horizontalen möglich war. Die Beugung des Vorderarms im Ellbogengelenk gut und kräftig, dagegen ist active Streckung desselben aufgehoben und der Pat. nur dadurch möglich, das Ellbogengelenk in Extensionsstellung zu bringen, dass sie die Beuger allmählich erschlaffen lässt. Die Streckung des Handgelenks und der Finger ist aufgehoben, ebenso Streckung und Abduction des Daumens. Dagegen kann das Handgelenk noch etwas weiter gebeugt, die Finger im Metacarpophalangealgelenk ebenfalls flectirt und von einander gespreizt werden. Indess ist eine motorische Schwäche bei all diesen ausführbaren Bewegungen unverkennbar. Pro- und Supination der Hand ist möglich. Links sind sämmtliche Bewegungen activ ausführbar und nur dem allgemeinen Schwächezustand entsprechend von geringer Energie.

Passiv lassen sich sämmtliche Bewegungen an der rechten oberen Extremität unbehindert ausführen; Contracturen und Muskelspannungen bestehen nicht. Von Zeit zu Zeit werden fibrilläre Zuckungen in verschiedenen Muskeln sichtbar.

Der Sehnenreflex von der Tricepssehne fehlt rechts. Die Sensibilität gegen Tast- und Temperatureindrücke liess (bei grober Prüfung) keine Abnormität erkennen. Druckempfindlichkeit an den Nervenstämmen nicht zu constatiren. Bei directer faradischer Reizung zeigten sich erregbar die Mm. deltoideus, biceps, supinator longus, pronator teres, flexor digitor., die Mm. interossei; nicht erregbar waren: Pectoralis major, Serratus anticus major, Triceps. Im Gebiet der Hirnnerven war keine Störung nachzuweisen, ferner keine Lähmung an den unteren Extremitäten, keine Störung der Urin- und Stuhlentleerung.

Es handelte sich demgemäss um eine vor circa fünf Jahren subacut eingetretene atrophische Lähmung, die die meisten Muskeln der rechten oberen Extremität (und nur dieser) in mehr oder minder hohem Grade ergriffen und zu weitgehender Functionsstörung geführt hatte. Nach den Erhebungen des Status waren am intensivsten ergriffen die Muskeln im Gebiet des Radialis mit Einschluss des Triceps und Ausschluss des Supinator longus; ferner wesentlich gewisse Muskeln des Schultergürtels, Pectoralis major und Serratus anticus, die Muskeln des Daumenballens. Doch participirten auch die meisten übrigen Muskeln an dem Verlust der motorischen Energie und der Abmagerung in gewissem Grade.

Als Ursache der Affection konnte man nur eine längere Zeit zurückliegende, bald zum Stillstand gekommene Poliomyelitis anterior subacuta in einem Bezirk der Halsanschwellung, oder eine Neuritis, die mehrere Nervenstämme in ungleichem Grade betroffen, annehmen. Doch konnte die diagnostische Entscheidung im ersteren Sinne nicht lange zweifelhaft bleiben. Weniger die eigenthümliche Verbreitung der Lähmung und Atrophie, als der vollständige Mangel von Sensibilitätsstörungen, die Schmerzlosigkeit während der Entwicklung und zur Zeit der Untersuchung mussten die Annahme einer circumscripten Poliomyelitis als ziemlich gewiss erscheinen lassen. Denn abgesehen von toxischen Neuriten (Bleilähmung), die allerdings in den motorischen Fasern der Nerven ausschliesslich ablaufen zu können scheinen und vereinzelten ähnlichen Formen

Digitized by Google

(bei Infectionskrankheiten) fehlen doch Sensibilitätsanomalien wenigstens in gewissen Stadien der bekannten Neuritisformen gemischter Stämme nicht. Um eine zum Stillstand gekommene „progressive“ Muskelatrophie centralen (oder myopathischen) Ursprungs konnte es sich deshalb nicht gut handeln, weil die Lähmung mehrerer Muskeln entschieden ausser Verhältniss zu ihrer Atrophie stand.

Die fernere Krankengeschichte (mit der klinischen Diagnose Cirrhosis hepatis) bietet für unser Interesse nichts Wesentliches. Der Verlauf bis zum Tode am 17. Mai 1881 ist markirt durch zunehmende Digestionsstörungen, Erbrechen, Durchfälle, seit Mitte April nachweisbaren Ascites, der rasch wuchs, durch mangelhafte Diurese, Anasarca der Beine, eine rapid fortschreitende allgemeine Entkräftung, später durch die Entwicklung eines rechtsseitigen pleuritischen Exsudats, das Anlass zur Entleerung durch Punction gab.

Vom Sectionsbefund sei nur das auf das centrale Nervensystem und die rechte obere Extremität Bezügliche erwähnt.

Pia des Gehirns verdickt, an einzelnen Stellen ödematös, Hirnsubstanz feucht, anämisch. Keine Herderkrankung.

Pia des Rückenmarks etwas pigmentirt. Das Mark auf dem Querschnitt blass; das rechte Vorderhorn im Halsmark kürzer als das linke, sonst keine Veränderung.

Musculatur der rechten Schulter, des Ober- und Vorderarms atrophisch, ebenso Serratus anticus major und Pectoralis major.

Die mikroskopische Untersuchung verschiedener Muskeln, die theils am frischen Präparat von Herrn Dr. Oberg, Assistent am allgemeinen Krankenhaus, theils an den in Alcohol aufbewahrten Muskeln von mir vorgenommen wurde, ergab Folgendes.

Ausgedehnte Degeneration: Verschmälerung der Primitivbündel, Verlust der Querstreifung, Erfüllung der schmalen restirenden Schläuche mit Fett- und Pigmentkörnchen, daneben ausgesprochene interstitielle Faservermehrung und theilweise Kernwucherung in den Mm. triceps, brachialis internus, pectoralis major, flexor carpi radialis; bloss ausgeprägte Verschmälerung der Fasern mit erhaltener Querstreifung und Kernvermehrung im Pronator teres. Der Biceps bot sowohl an Zupfpräparaten aus verschiedenen Partieen, als an Querschnitten ein normales Bild, höchstens eine gewisse Verschmälerung einer Anzahl von Muskelfasern ohne Anomalie der Structur.

Die vordern Wurzeln des achten Halsnerven, nach der Härtung in Müller'scher Flüssigkeit untersucht, liessen ohne Mühe eine weitgehende Atrophie zahlreicher Fasern mit Resten degenerirten Marks, die von Strecke zu Strecke in den schmalen Bündeln zerstreut waren, erkennen. Die vordern Wurzeln des dritten und fünften Cervicalis erschienen normal; die sechste vordere Cervicalwurzel rechterseits enthielt zum Theil noch wohlerhaltene Fasern und Faserbündel, dagegen auch zahlreiche leere Scheiden mit oblongen Kernen und degenerirten Fasern. Links die vordern Wurzelbündel der Halsanschwellung unverändert.

Digitized by Google

Im Rückenmark fand sich zwischen dem sechsten Hals- und ersten Dorsalnerven — der schon makroskopisch auch am gehärteten Präparat evidenten Verschmälerung des rechten Vorderhorns entsprechend — auf umschriebenen Bezirk beschränkt, eine Alteration der grauen Substanz, als deren wesentlicher anatomischer Charakter Schwund der grossen Ganglienzellen und des nervösen Fasernetzes der vorderen grauen Substanz zu bezeichnen ist.

Im Bereich weniger Schnitthöhen im Niveau des sechsten Halsnerven verändert sich das Aussehen des rechten Vorderhorns derart, dass die Ganglienzellen der — mächtigsten — lateralen hinteren Gruppe an Zahl abnehmen; in einigen Schnitten ist noch die laterale vordere und die mediale Gruppe gut ausgeprägt, während die seitliche Ausladung des Vorderhorns schon histologisch verändert ist und keine, oder fast keine Ganglienzellen mehr enthält. Wenige Querschnitte tiefer sind auch im vordern Winkel rechts nur wenige Ganglienzellen mehr zu sehen. Im Niveau der unteren Wurzelfasern des sechsten, im Bereich des siebenten und achten Halsnerven constatirt man durchgehends ein fast absolutes Fehlen der Ganglienzellen sämmtlicher Abschnitte des Vorderhorns; nur einzelne kleine und geschrumpfte (übrigens nicht verkalkte) Körper an verschiedenen Stellen. Die graue Substanz des Vorderhorns stark verändert, zahlreiche, schwach durch Carmin gefärbte Kerne in einer brüchigen Substanz, die bei stärkerer Vergrösserung aus dem bekannten Netzwerk, resp. feinsten Fasergewirr besteht. Rundliche, sternförmige und zum Theil wohl entwickelte Deiters'sche Zellen. Vollständiger Mangel der nervösen Fasern, resp. der Fortsetzungen der vorderen Wurzelfasern. — Am stärksten ist die Veränderung im lateralen Flügel des Vorderhorns, etwas weniger in der medialen Ecke; hier sind auch meist noch einzelne leidlich erkennbare, obwohl atrophische Zellen vorhanden. Die Gefässe der ergriffenen Parthieen an Zahl beträchtlich verringert, besonders die von der weissen Substanz nach dem Vorderhorn einstrahlenden, die centralen Gefässe besser erhalten. Die centrale graue Substanz und das Hinterhorn nicht verändert; die Alteration setzt ziemlich scharf nach Innen und Hinten ab. Körnchenzellen und Corp. amylacea finden sich nirgends.

Das linke Vorderhorn zeigt durch die ganze Halsanschwellung durchaus regelrechten Bau und normalen Reichthum an Ganglienzellen.

Die weisse Substanz rechts wie links vollständig normal, — abgesehen von der totalen Atrophie der durchziehenden vordern Wurzelfasern auf der rechten Seite. Die beschriebene Veränderung erhält sich ganz gleich durch die Höhe des siebenten und achten Halsnerven; etwas tiefer, zwischen dem achten Cervicalis und dem ersten Dorsalis erscheinen im medialen Winkel etwas zahlreichere, aber noch stark atrophische Zellen, während die Alteration der grauen Substanz im lateralen Abschnitt noch sehr ausgeprägt ist. In der Höhe des ersten Dorsalnerven dagegen besteht keine Differenz mehr zwischen rechts und links, sämmtliche Ganglienzellengruppen sind wieder vollzählig vorhanden.

Sowohl der obere Halstheil vom sechsten Wurzelpaar aufwärts, als der Dorsal- und Lendentheil bieten beiderseits vollkommen normale Verhältnisse der grauen und weissen Substanz.

Digitized by Google

Wir haben nach der soeben gegebenen Schilderung einen Rückenmarksbefund von seltener Reinheit vor uns: eine auf nicht ganz drei Wurzelhöhen localisirte einseitige Affection des Vorderhorns mit möglichst vollständigem Untergang der nervösen Elemente und dem histologischen Charakter eines chronischen oder längst abgelaufenen acuten Prozesses. (Die Residuen einer acuten Poliomyelitis und die Merkmale eines chronischdestructiven Prozesses der grauen Substanz sind sich bekanntlich im mikroskopischen Bild ausserordentlich ähnlich; — vide Herde spinaler Kinderlähmung älteren Datums und progressive Muskelatrophie.)

Mit der allerdings nur im Allgemeinen bekannt gewordenen Entstehungsgeschichte der beobachteten Lähmung zusammengehalten lässt sich nur ein subacut verlaufener Degenerationsprozess an umschriebener Stelle des Rückenmarks als Ursache jener Lähmung nebst Atrophie betrachten.

Die Nervenstämme und motorischen Aeste kamen nicht zur Untersuchung; da einige vordere Wurzeln in höchstem Grade degenerirt waren, so lässt sich auch eine degenerative Atrophie jener mit grosser Sicherheit voraussetzen, dass es sich aber um eine primäre Neuritis mit secundären Veränderungen der vorderen Wurzeln und des Vorderhorns gehandelt habe, ist, gelinde gesagt, im höchsten Grade unwahrscheinlich — auch vom anatomischen Standpunkt des Rückenmarkbefundes aus. Ich hebe dies ausdrücklich hervor, da die Lehre von der subacuten und chronischen Poliomyelitis anterior der Erwachsenen durch die Leyden'schen Erörterungen und Befunde[1] eine gewisse Erschütterung erfahren hat. Gerade aber aus diesem Grunde und im Hinblick auf die einschneidende Kritik, der Leyden die bis jetzt publicirten Fälle und Befunde von sogenannter Poliomyelitis chronica adultor. unterzogen hat, schien mir der vorstehende Fall der Mittheilung werth. Denn obschon ich die Annahme Leyden's, dass mancher Fall, den man bisher zur Poliomyelitis anterior rechnete, einer mehr oder weniger verbreiteten Neuritis angehört, als zutreffend anerkenne, bin ich doch aus Gründen der klinischen Beobachtung von der häufigen Existenz einer wahren Poliomyelitis subacuta und chronica überzeugt.

Ob das der Entwicklung der Lähmung in unserm Fall längere Zeit vorausgehende Trauma in ätiologischen Zusammenhang mit ersterer stand, lässt sich nach den nicht sehr präcisen anamnestischen Angaben nicht mehr mit Bestimmtheit entscheiden.

Für die Localisation der Innervations- und Nutritionscentren der einzelnen Muskeln lässt sich unser Fall zwar nicht in voll entscheidendem Sinne verwerthen, dazu ist die Function und Ernährung der einzelnen Muskeln, besonders die electrische Reaction nicht mit der nöthigen Schärfe festgestellt; doch lassen sich einige Schlussfolgerungen mit gutem Fug und genügender Sicherheit ableiten. Die auffallend gute Conservirung der Flexoren des Vorderarms, des

[1] Leyden: Ueber einen Fall von multipler Neuritis. Charité-Annalen. V. Jahrg. und: Ueber Poliomyelitis und Neuritis. Zeitschr. f. klin. Med. Bd. I.

Digitized by Google

M. biceps und Supinator longus — beim ersteren durch die anatomische Untersuchung, die nahezu völlig normale Structur erwies, bestätigt — stimmt gut überein mit der Annahme E. Remak's,[1] dass die Centren der Beuger des Oberarms in den oberen Abschnitten der Halsanschwellung liegen. (Dabei ist allerdings zu bemerken, dass der Brachialis internus unseres Falles sich histologisch stark degenerirt zeigte.)

Nicht mit Stillschweigen übergehen möchte ich ferner die Congruenz der erwähnten Thatsache (der noch guten Function der Beuger) mit den Ergebnissen der Experimente von Ferrier und Yeo an Affen, obwohl ich die Angabe F.'s, dass diese Ergebnisse sich wohl direct auf den Menschen anwenden lassen, nicht ohne Weiteres als feststehend betrachte. In jenen Experimenten erfolgte nicht bei Reizung der tieferen, sondern erst bei Reizung der fünften Cervicalwurzel Flexion und Supination des Vorderarms. Auf der andern Seite weist auch die wesentliche und vollständige Lähmung (und atrophische Degeneration) des Triceps in unserm Fall auf ein zwischen dem sechsten und achten Cervicalnerven situirtes Centrum dieses Muskels hin — ganz im Einklang mit den von Ferrier und Yeo gefundenen Thatsachen. Dasselbe gilt vom Pectoralis major.

Die kleinen Handmuskeln, die in unserm Fall nur zum Theil gelähmt (Daumenmuskeln), aber entschieden alle atrophirt waren, beziehen ihre Innervation nach Ferrier aus dem ersten Dorsal- und achten Cervicalnerven; nur das Gebiet des letzteren war in unserm Fall in die Zerstörung einbezogen.[2]

Für die wesentlich gelähmten Strecker des Handgelenks und der Finger dürfte sich derselbe Schluss aus unserm Befund ergeben wie für den Triceps; für die übrigen Muskeln, den Deltoideus, die Pronatoren, die Flexoren am Vorderarm, die nicht gelähmt, aber doch entschieden betheiligt waren, möchte ich keine massgebenden Folgerungen ziehen, weil der Grad der Functions- und Ernährungsstörung nicht stricte angegeben ist.

Auch will ich deswegen nicht auf die Differenzen zwischen den betreffenden festgestellten Thatsachen und den Resultaten der Ferrier'schen Versuche bezüglich dieser Muskeln eingehen. Nur im Allgemeinen scheint mir, ist aus unsern Befunden die Schlussfolgerung berechtigterweise abzuleiten, dass weitaus die meisten Muskeln der oberen Extremität innervirende und nutritive Einflüsse aus dem untern Theil der Halsanschwellung beziehen. Mit diesen etwas aphoristischen Bemerkungen über die Localisation will ich mich begnügen.

---

[1] E. Remak: Ueber die Localisation atrophischer Spinallähmungen und spinaler Muskelatrophieen. Arch. f. Psych. B. IX. 1879.

[2] Vgl. Prévost und David: Note sur un cas d'atrophie des muscles de l'éminence thenar avec lésion de la moëlle épinière. Arch. de physiol. 1874.

Digitized by Google

II. Referate.

Anatomie.

1) Ueber die periphere und centrale Anordnung der Sehnervenfasern und über das Corpus bigeminum anterius von Dr. Sigbert Ganser. (Arch. f. Psych. XVI. 2.)

1) Lageverhältniss des gekreuzten und ungekreuzten Bündels. v. Gudden fand, dass beim Hunde das ungekreuzte Bündel so verlaufe, dass es vom obern Rande des Tractus kommend, das gekreuzte Bündel des entgegengesetzten Tractus kreuze und an die mediale Seite des gleichseitigen Nerven trete. In einem Falle von einseitiger totaler Opticusatrophie beim Menschen fand sich dasselbe Verhältniss. Dem gegenüber steht die Beobachtung eines Falles totaler Atrophie des einen und partialer des andern Sehnerven beim Menschen von Kellermann, nach dem derselbe behauptete, dass die Fasern beider Nerven in dem Tractus innig durchflochten sind, also kein besonderer Fascicul. lateralis existire.

Ganser, der zu seinen Versuchen die Katze wegen der Intelligenz, wegen der hohen Entwickelung des Gesichtssinns, und der sehr grossen Aehnlichkeit des Baues der Retina mit der menschlichen wählte, fand (Verfahren bei dem Experiment siehe im Original), dass bei der Katze die ungekreuzten Opticusfasern im Chiasma und Nerv als geschlossenes Bündel entlang dem lateralen Rande beider verlaufen, so zwar, dass sie das gekreuzte Bündel an dessen dorsaler Seite noch ein wenig decken. Das ungekreuzte Bündel bildet somit bei der Katze einen wirklichen Fasciculus lateralis.

2) Das ungekreuzte Bündel verläuft ausschliesslich in den temporalen zwei Dritteln der Retina. (Munk behauptet für den Hund, dass das ungekreuzte Bündel sich nur in der äussersten nasalen Partie der Retina ausbreite.)

3) Die durch die Operation gesetzte Atrophie des Nerv. opticus dehnte sich auch auf die Ganglienzellenschicht der Netzhaut aus. (Kollmann und Bumm hatten sich für Kaninchen gegen diese Ausdehnung der Atrophie ausgesprochen.)

4) Die von v. Gudden nach Exstirpation eines Theils des Hinterhauptlappens bei Hunden beobachtete Atrophie des gleichseitigen Tractus opticus fand auch S. bei zwei Versuchen bei Katzen. Die Atrophie setzte sich in ungleicher Weise auf beide Nerven und zwar mehr auf dem entgegengesetzten fort. Es ist also das ungekreuzte Bündel bei der Katze kleiner, als das gekreuzte.

Ausserdem fand sich in der linken Netzhaut das nasale, in der rechten das temporale Bündel stärker (beide Thiere waren am linken Occipitallappen operirt) — also homonyme linksseitige Atrophie, entsprechend der rechtsseitigen homonymen Hemianopsie.

Die Ursache der Atrophie (v. Gudden hatte sie nicht in Zusammenhang mit der Operation gebracht, sondern sie durch Druck von dem Hydrops des Seitenventrikels auf die vordern Zweihügel erklärt) lässt G. dahingestellt.

5) Die von Tartuferi angegebenen fünf Schichten im Corp. bigem. ant. der Säuger zerlegt G. in sieben, indem er dessen dritte Schicht in drei Abtheilungen zerlegt. Er unterscheidet:

1. zonale Fasern, 2. oberflächliches Grau, 3. oberflächliches Mark, 4. mittleres Grau, 5. mittleres Mark (3—5 = Strato bianco cinereo von Tartuferi), 6. tiefes Mark und 7. tiefes oder röhrenförmiges Grau.

Das oberflächliche Mark steht mit dem Tract. opticus in Zusammenhang, ein Theil vom mittleren Marke stammt direct aus der inneren Kapsel (Maulwurf, Fledermaus).

Digitized by Google

6) Ein Experiment an einer Ratte (Exstirpation der rechten Grosshirnhemisphäre) zeigte, dass das mittlere Mark des Corp. big. zum Theil wenigstens aus der Grosshirnrinde abstammt.

7) Endlich sei noch der interessante Befund bei einem blödsinnigen Epileptiker erwähnt, wo das ungekreuzte Bündel des rechten Opticus eine lange Strecke völlig isolirt verlief, indem es wenig vor dem C. gen. ext. sich von dem übrigen Tract. optic. loslöst und dann sich an die laterale Seite des rechten Sehnerven begiebt und erst 34 mm vom Bulbus entfernt in die Scheide des Opticus eintritt.

Das linke ungekreuzte Bündel schien gar nicht zur Entwicklung gekommen zu sein. M.

---

2) **Ueber die Endigungen sensibler Nerven in Muskel und Sehne** von Dr. A. Rauber, Prof. in Leipzig. (Beiträge zur Biologie. 1882. S. 43.)

Uebereinstimmung herrscht darin, dass die Endigungen der sensiblen Muskelnerven nicht im Bereich der Primitivbündel, sondern an den Aussenflächen des Muskels, im Bindegewebe der Peripherie sich finden.

Tschirjew hatte in Bezug auf die Endigungen der sensiblen Muskelnerven nur die terminale baumförmige Verästlung, welche aus dichotomischer Theilung der Nervenfaser hervorgeht, angenommen. Dagegen fand Verf. für Sehne und Muskel auch Vater-Pacinische Körperchen als sensible Nervenendigung. Man kann dieselben z. B. beim Huhn nach Zurückschlagen des grossen Brustmuskels schon mit freiem Auge als weissliche Punkte auf der Oberfläche des Pectoral. tertius sehen.

Auch an den Gelenkkapseln finden sich solche Körperchen von sehr kleinen Durchmessern, ebenso im Peritendineum der Sehnen.

R. hält diese Körperchen für die peripheren Organe des Muskeldrucksinns, während die freie baumförmige Verzweigung mit der Function einfach sensibler Nerven betraut zu sein scheint. M.

Experimentelle Physiologie.

3) **Ueber die Einwirkung des Morphin auf den Darm** von Nothnagel. (Virch. Arch. 89. 1.)

Um der stuhlanhaltenden Wirkung des Morphin experimentell näher zu treten, ging N. von der durch ihn früher festgestellten Erscheinung aus, dass bei Application eines Natronsalzes an die äussere Oberfläche des Kaninchendarms eine aufsteigende Constriction erfolgt, die als Nervenwirkung aufzufassen ist. Er studirte das Verhalten dieser Darmbewegung unter der Morphinwirkung an dem Darm ätherisirter Kaninchen, denen die Bauchhöhle im Kochsalzbad eröffnet war. Er fand, dass nach subcutaner Injection von kleinen Dosen (0,01—0,03 gr) salzsauren Morphins die Berührung mit einem Kochsalzkrystall nicht mehr mit einer aufsteigenden Constriction, sondern nur mit einer örtlichen Contraction an der Berührungsstelle beantwortet wurde; dass dagegen auf grosse Dosen (etwa 0,05 insgesammt) die aufsteigende Einschnürung wieder erschien und lebhafter wurde als zuvor. Er schliesst daraus, dass die Localisirung des Natronreizes bei kleinen Dosen nicht durch Lähmung nervöser Apparate bedingt ist, sondern durch eine Erregung von Nervenfasern, welche die Wirkung der die aufsteigende Constriction vermittelnden nervösen Apparate hemmen. Grössere Morphingaben lähmen diese hemmenden Nerven. Da ferner während der Morphinwirkung in einer doppelt unterbundenen, ihres Mesenteriums und damit ihrer ab- und zutretenden Nerven beraubten Darmschlinge die Natronberührung wieder eine kräftige aufsteigende Constriction auslöst, während vor der Unterbindung nur eine rein locale Contraction erfolgte, und während auch im ganzen übrigen Darm nur eine locale

Digitized by Google

Natronwirkung hervorgerufen werden kann, folgt weiter, dass die hemmende Wirkung des Morphin hauptsächlich durch die Stämme des Splanchnicus zugeführt wird.

Danach beruht also die stuhlanhaltende Wirkung des Morphin darauf, dass es die Hemmungsnerven des Darms erregt. Morphin wirkt ebenso auf den Splanchnicus, wie Digitalis auf den Vagus: beide erregen den betreffenden Hemmungsnerven in kleinen und lähmen ihn in grossen Gaben. Tuczek.

---

4) Étude expérimentale sur la vitesse nerveuse chez l'homme par Dr. Alb. René, Nancy. (Gazette des hôpitaux. Nr. 35. 1882. Sep.-Abdr.)

Als Durchschnittswerth aus sehr zahlreichen Versuchen constatirte R. 19,2 Hundertstel Secunde als kürzeste Zeitdauer zur Ausführung einer Bewegung mit dem rechten Daumen, nachdem mit dem linken Zeigefinger ein Reiz empfunden war. — Die Stärke dieses Reizes (in fast allen Versuchen der inducirte Strom) war von erheblichem Einfluss auf die erwähnte Zeitdauer, indem bei Verringerung des Schlittenabstandes eines du Bois'schen Apparates von 30° bis 36° die Zeitdauer von 24,8 bis auf 17,2 Hundertstel Secunde sich verminderte.

Mass R. die Zeit, welche nöthig ist, um den stark gereizten linken Zeigefinger selbst zurückzuziehen (Reflexact), so fand er 16 Hundertstel bis 15,6 Hundertstel Secunde; bei etwas veränderter Versuchsanordnung 15,8 Hundertstel.

Der Unterschied zwischen jenem ersten Acte von 19,2 Hundertstel Secunde Dauer und der Dauer des Reflexactes betrug also (im Mittel) 3,4 Hundertstel Secunde, ein Zeitintervall, das R. demnach als kürzeste Dauer einer einfachsten cerebralen Thätigkeit annimmt. — Diese Geschwindigkeit von 3,4 fand R. indessen nur bei Studenten und Aerzten, bei älteren Knaben aus der Volksschule war sie erheblich geringer, nämlich 7,5 bis 9,5 Hundertstel Secunde.

Aus der Dauer des Reflexactes und unter Berücksichtigung des Vorgangs im Rückenmark, dessen Dauer Verf. gleich der der einfachen Gehirnfunction annahm, berechnet er nun die Leitungsgeschwindigkeit im Nerven zu **16,73 Meter** in der Secunde.

Wenn R. jedoch den Reiz, der das Signal zur Ausführung einer willkürlichen Bewegung mit dem rechten Daumen gab, nicht vom Zeigefinger her dem Gehirn zuführte, sondern durch eine Gehörsempfindung, so fiel der Versuch um 3,3 Hundertstel Secunde kürzer aus. Rechnet man diese Zeit auf die Durchlaufung der 95 cm langen Strecke vom Zeigefinger bis zur Ohrhöhe, so ergiebt sich eine Geschwindigkeit von **28 Meter** in der Secunde, und zwar für den sensiblen Nerven; für motorische Nerven fand R. durch andere Versuche **20 Meter.**

Es stellte sich ausser dieser Differenz der Leitungsgeschindigkeit ferner heraus, dass die motorische Leitung bei schwachen Reizen kürzere Zeit beansprucht, als bei stärkeren Reizen, während umgekehrt in sensiblen Nerven die Leitungsgeschwindigkeit mit der Stärke des Reizes wächst.

Bei Tabes soll die Leitungsgeschwindigkeit vermindert sein, dagegen unvermindert oder selbst vermehrt im Beginne der allgemeinen Paralyse.

Bei Fröschen fand R. sie zu 21 Meter in der Secunde, bei Kaninchen 12,50 Meter.

Hadlich.

Pathologische Anatomie.

5) Ein Fall von Rückenmarkserkrankung bei Pseudomuskelhypertrophie von Pekelharing. (Virch. Arch. 89. 2. S. 228—236 u. Taf. VIII. Fig. 4—5.)

Der Fall betrifft einen 14jährigen Knaben, bei dem sich seit dem vierten Lebensjahr Pseudohypertrophie der Musculatur sämmtlicher Extremitäten mit hochgradiger

Digitized by Google

motorischer Schwäche und Contracturen entwickelt hatte. Neben Atrophie der Muskelfasern in den verdickten Muskeln fand sich eine Erkrankung des Rückenmarks seiner ganzen Länge nach und zwar als Hauptbefund: Schwund und Degeneration der Ganglienzellen im vorderen und medianen Theil, an einzelnen Schnitten fast im ganzen Bereich der Vorderhörner; daneben: Erweiterung und unregelmässige Begrenzung des Centralkanals im oberen Abschnitt des Rückenmarks, Kernanhäufung um denselben; Continuitätstrennungen der vorderen Commissur, wodurch die Fissura ant. mit den sehr erweiterten Gefässkanälen neben dem Centralkanal communicirte; Hyperämie und lockere Structur der grauen Substanz. Die weisse Substanz und die Nervenwurzeln waren unverändert; das Schädeldach verdickt, die Seitenventrikel erweitert.

Verf. bemüht sich, die Rückenmarksaffection zurückzuführen auf eine supponirte Hydrorhachitis. Die Motivirung dieser Hypothese ist im Original einzusehn.

Tuczek.

---

6) Zur Anatomie und Nosologie der retrobulbären Neuritis (Amblyopia centralis) von Dr. J. Samelsohn in Cöln. (v. Graefe's Archiv Bd. XXVIII, 1. Sep.-Abdr.)

Aus dem Verlaufe der retrobulbären Neuritis lässt sich nicht mit Sicherheit feststellen, ob die Krankheit ein primär entzündlicher oder ein descendirender, partiell atrophischer Prozess ist. Verf. sah in zwei Jahren unter 6632 Gesammtkranken 2,3% Opticuserkrankungen; 13% unter diesen 154 Sehnervenaffectionen werden als retrobulbäre Neuritis aufgeführt, wobei die Intoxicationsamblyopien ausgeschlossen sind. Werden letztere hinzugezählt, so beträgt die Gesammtzahl der Fälle von retrobulbärer Neuritis 57 = 37%.

Verf. war in der Lage, die mikroskopische Untersuchung in einem Falle zu machen, der von ihm während des Lebens beobachtet worden war. Die Diagnose war auf retrobulbäre Neuritis mit der Tendenz zum Weiterschreiten sowohl in der Quer- als Längsrichtung der Opticusstämme gestellt worden. Der intracranielle Theil der Sehnerven zeigte sich bei der mikroskopischen Untersuchung normal, die Veränderungen begannen ganz scharf vom Canalis opticus an. Die Sehnerven erschienen im orbitalen Verlauf von oben nach unten abgeplattet, um so stärker, je näher dem Cranium, gleichzeitig war eine Verminderung des Volumens vorhanden. In den hintersten Partien war auf Querschnitten nur eine schmale periphere ringförmige Zone normaler Nervenfaserbündel zu erkennen; weiter nach vorn zeigte die centrale atrophische Partie eine runde Begrenzung und wich excentrisch nach aussen ab; vom Eintritt der Centralgefässe in den Sehnervenstamm an hatte das atrophische Bündel auf Querschnitten die Gestalt eines mit der Basis nach aussen gekehrten Keils, dessen Spitze bis zum Centralkanal reicht und dessen Flächenausdehnung etwa ein Drittel des Sehnervenquerschnitts beträgt.

Im hinteren Abschnitte zeigt die atrophische centrale Partie interstitielle Bindegewebswucherung, weiter nach vorn einfache graue Atrophie in Folge der Leitungsunterbrechung im Canalis opticus. Die Aenderung in der Form des atrophischen Herdes beruht auf der Aenderung des Faserverlaufs im Sehnerven. Die mediale Netzhautregion verhielt sich normal; nur fehlte die Ganglienzellenschicht gänzlich. Die Maculafasern verlaufen nach dem mitgetheilten Befunde am Canalis opticus ganz central in der Axe des Sehnervenstammes und nehmen weiterhin eine Lage am äusseren Rande des Sehnerven ein; sie sind ausserordentlich zahlreich, was mit Munk's Ergebnissen bezüglich der dem centralen Sehen dienenden Grosshirnrindenabschnitte übereinstimmt. In dem beschriebenen Falle ist die anatomische Diagnose: „Partielle interstitielle Neuritis der Sehnerven mit ausgesprochener Neigung zu narbiger Schrumpfung und secundärer descendirender Atrophie der Nervenfasern."

Als ätiologische Momente sind besonders Erkältungen und Intoxicationen (Tabak

Digitized by Google

und Alkohol) anzuführen. Die Krankheit beginnt mit Sehstörungen beim Lesen; die Patienten werden durch einen sich bewegenden und blendenden Nebel gestört. Das Scotom hat meist die Form einer liegenden Ellipse und reicht gewöhnlich vom Fixationspunkt bis zum blinden Fleck. Die Besserung schreitet von der Peripherie zum Centrum fort. Der Lichtsinn zeigt sich constant herabgesetzt, die Abnahme der Sehschärfe ist nicht proportional der Schwere des Falles.

Verf. empfiehlt Jodkali 2,0 — 5,0 pro die mehrere Monate hinter einander. Bei ganz acuten Fällen ist die Inunctionscur zu empfehlen. Verf. hält die centrale Amblyopie für die der Therapie zugänglichste Sehnervenerkrankung.

Nettleship hat in einem Fall von centralem Scotom bei Diabetes mellitus dieselben keilförmigen Veränderungen am vorderen Sehnervenabschnitte gefunden wie der Verfasser. F. Krause.

---

7) **Sul peso della calotta cranica nella paralysi progressiva** del M. O. Fränkel, übersetzt von Dr. Amadei. (Aus der Rivista sperimentale. 1882. Sep.-Abdr.)

Verf. sucht nach einer Methode, um eine vergleichende Zahl für das Gewicht der Schädelkapseln bei Paralytischen zu bestimmen.

Zur Vermeidung der Schwierigkeiten, welche die vielfachen Unregelmässigkeiten der Curvaturen der Messung entgegensetzen, bestimmt er eine Vergleichungszahl zwischen der Capacität der Schädelhöhle, deren unterer und oberer Theil gesondert gemessen wurden, und dem Gewicht der Calotte.

Hierdurch fand er, dass die Schädelkapsel bei männlichen Irren gewöhnlich weiter ist, als bei weiblichen.

Die Kapsel paralytischer Irren zeigte sich um zwei Centiliter weiter, als die von nicht Paralytischen.

Dieselbe war ferner um ein Deciliter grösser bei Paralytikern von 30—40, als bei solchen von 41—52 Jahren.

Das absolute Gewicht der Kapsel war um 16 Gramm grösser bei paralytischen Kranken als bei nicht paralytischen.

Bei nicht paralytischen Geisteskranken kommen auf je ein Deciliter Inhalt des Schädels:

bei Männnern 37,62 Gramm Gewicht der Kapsel
bei Weibern 40,60 „ „ „ „

bei Paralytischen:

bei Weibern 46,64 „ „ „ „
bei Männern 38,47 „ „ „ „

woraus folgt, dass die Schädelkapsel beim weiblichen Geschlecht an sich schwerer ist, als beim männlichen.

Die von Fränkel gefundenen Zahlen ergaben ferner Uebereinstimmung mit den von Meynert erhobenen Differenzziffern zwischen der Schädelcapacität und dem Hirngewicht bei Paralytischen; Meynert fand die Differenz zu 213 Gramm, Fränkel zu 211 Gramm. Jehn.

Pathologie des Nervensystems.

8) **History of a case of myxoedema** by W. Gowans. (British med. Journ. May 27. 1882.)

Ziemlich typischer Fall von Myxoedem ohne Autopsie. Smidt.

Digitized by Google

9) **On the clinical history and diagnosis of haematoma of the dura mater** by James Finlayson. (Glasgow. med. Journ. June 1882.)

Drei, zum Theil typische, Krankengeschichten ohne kritische Bemerkungen.
Smidt.

10) **Clinical Remarks on the proclivity of the abductor fibres of the recurrent laryngeal nerve to become affected sooner than the adductor fibres, or even exclusively, in cases of undoubted central or peripheral injury or disease of the roots or trunks of the pneumogastric, accessory, or recurrent nerves.** By Felix Semon, London. (Repr. from the Archives of Laryngology. Vol. II. Nr. 3. 1881. Sep.-Abdr.)

Verf. widmet der in der Ueberschrift charakterisirten Thatsache vorwiegender Neigung der Abductoren der Stimmbänder zur Erkrankung eine sehr ausführliche Erörterung. Durch eine Zusammenstellung und Analyse der einschlägigen Fälle, theils mit, theils ohne Sectionsbefund (es sind sowohl Beispiele von partieller Larynxlähmung durch Erkrankung des Centralnervensystems, als solche durch Druck von Geschwülsten, Aneurysmen etc. auf Recurrens oder Vagus), kommt Verf. sogar zu dem Resultat, dass die isolirte oder frühzeitige Lähmung der Abductoren ausnahmslose Regel ist, und dass kein einziger Fall isolirter Lähmung der Adductoren unter der genannten Categorie existirt. Für die Erklärung des Factums bei centraler Erkrankung könnte man die Existenz unabhängiger Centren für die Abductoren annehmen. Dass die Adductoren länger intact bleiben, könnte von einer leichteren gegenseitigen Compensation der betreffenden Centralapparate, oder einer grösseren Resistenz derselben gegen krankhafte Prozesse abhängen. Für die Affection der Nervenstämme (speciell der Recurrentes) ist vor Allem im Auge zu behalten, dass selbst bei langer Dauer der schädigenden Einflüsse (Compression) nachgewiesenermassen doch eine grössere Anzahl von Nervenfasern anatomisch intact und leitungsfähig bleibt. Für die Präponderanz der Abductorenlähmung bieten sich verschiedene Erklärungsweisen. Entweder ist die anatomische Vertheilung der Nervenfasern eine solche, dass die für die Abductoren bestimmten peripher und Schädlichkeiten exponirter liegen, oder die Abductorenfasern besitzen eine besondere Vulnerabilität, oder endlich: die Adductoren erhalten eine Verstärkung der Innervation durch den N. laryngeus superior. Eine Entscheidung ist nicht zu geben und Verf. kehrt schliesslich zur Constatirung der mehrfach hervorgehobenen Thatsache zurück.
Eisenlohr.

11) **Rotation et déviation conjuguées de la tête et des yeux du côté droit; hémiplégie et hémianesthésie droite; contracture du bras gauche, sans anesthésie. — Absence de lésions cérébrales, cérébelleuses et médullaires. — Petit faisceau de sclérose bulbaire d'ancienne date.** par M. Gilles de la Tourette. (Soc. anatom. Séance du 11. Nov. 1881. Progr. méd. 1882. No. 22.)

Das im Titel skizzirte Krankheitsbild hatte sich plötzlich in einem apoplectiformen Anfall entwickelt und blieb anatomisch unaufgeklärt. Ueber das sclerosirte Bündel in der Oblongata erfahren wir nichts Näheres.
Tuczek.

12) **Neuropathologische Notizen** von Dr. P. J. Möbius. (Betz' Memorabilien. 1882. 2. Heft. Sep.-Abdr.)

5. Eisenbahn-Krankheit. Gutachten betreffend den Gesundheitszustand des Packmeisters C.

Digitized by Google

Verf. hatte als Sachverständiger mit zwei Collegen ein Gutachten abzugeben über die eventuelle Abhängigkeit schwerer nervöser Störungen, die bei einem Packmeister nach einem Eisenbahnunfall (Zusammenstoss zweier Züge, bei dem Patient von einer Bank geschleudert wurde), aufgetreten, von diesem Unfall, über die Natur dieser Störungen und die Beeinträchtigung der Erwerbsfähigkeit des Patienten. Der Zustand des 43jährigen Mannes zur Zeit des Gutachtens bot die Erscheinungen der Railwayspine: Allgemeine motorische Schwäche und Langsamkeit der Bewegungen ohne eigentliche Lähmungen, Unsicherheit des Ganges, Steifigkeit und Schmerzhaftigkeit der Wirbelsäule, Schmerzen in Brust, Kopf, Kreuz, Beinen, Bandgefühl in der untern Brustregion, Athembeklemmung, sehr rasche Ermüdung bei geistiger Beschäftigung und grosse gemüthliche Erregbarkeit. Ferner eine über den ganzen Körper verbreitete Herabsetzung der Hautsensibilität in allen Qualitäten. Reflexe normal. Sinnesorgane, ausser beiderseitiger mässiger Herabsetzung der Hörschärfe nicht betheiligt. Pupillen normal.

Es ging aus den Zeugenaussagen hervor, dass Pat., vor dem Unfall (am 11. December 1873) ganz gesund, schon wenige Tage nach demselben im Wesentlichen dasselbe Bild dargeboten hatte.

Das Gutachten spricht sich mit Entschiedenheit gegen Simulation, für die Abhängigkeit der Erkrankung von dem Eisenbahnunfall aus, nimmt eine Erschütterung des Rückenmarkes und des gesammten Nervensystems mit consecutiven entzündlichen Vorgängen in Gehirn und Rückenmark als wahrscheinliche Ursache an und constatirt die bestehende vollständige Erwerbsunfähigkeit des Patienten.

Auf Grund des Gutachtens wurden die Ansprüche des Klägers gegen die betr. Eisenbahngesellschaft gerichtlich anerkannt. 1 Jahr nach Abfassung des Gutachtens, sah Verfasser den Patienten wieder und konnte eine gewisse Verschlimmerung der meisten Symptome constatiren.

6. Carcinoma vertebr. cervical. (?). Einer 41 jährigen Frau war Ostern 1881 die rechte Brustdrüse wegen knotiger Anschwellungen abgetragen und die geschwollenen Achseldrüsen exstirpirt worden. Einige Monate später traten in der Narbe wieder Knoten auf. Zugleich begann die Kranke über neuralgische Schmerzen zu klagen, die vom Nacken ausgehend beide Arme ergriffen. Es folgte Parese der Schulter- und Halsmuskeln, geringe Anästhesie mit Parästhesieen rechts im Radialis-, links im Ulnarisgebiet, Atrophie der linken Handmuskeln. Weiterhin constante Pulsbeschleunigung, Dyspnoe mit anfallsweiser Steigerung, ohne Lähmung von Athemmuskeln, Singultus, Erbrechen, Aphonie, Verengerung der linken Pupille mit Röthung der linken Gesichtshälfte. Schliesslich rapider Verfall der Ernährung, Tod nach einem dyspnoischen Anfall ca. $^1/_2$ Jahr nach dem Beginn der nervösen Erscheinungen. Verf. nimmt (— die Sektion wurde nicht gestattet —) eine Läsion des Halsmarks und zwar mit Wahrscheinlichkeit eine metastatische carcinomatöse Erkrankung der Wirbelkörper an, die auf Meningen, Spinalwurzeln und schliesslich auf das Mark überging. Eisenlohr.

---

13) Beitrag zur Lehre von den Störungen der Sensibilität und des Sehvermögens bei Läsionen des Hirnmantels von Prof. M. Bernhardt. (Arch. f. Psych. XII. S. 780. Sep.-Abdr.)

I. 53jährige Frau, Mai 1877 Uebelkeit, Erbrechen, ohne Bewusstseinsverlust hochgradige Schwäche der rechten Körperhälfte, Sprache etwas behindert, nach 14 Tagen wohl. Februar 1878 nur Klagen über Schwäche des rechten Auges, Unbehülflichkeit der rechten Hand; früher eigenthümliches Gefühl hinter dem rechten Auge. Status: Mit dem rechten Auge sieht die Kranke wie durch Nebel, Gesichtsfeld bei vorläufiger Untersuchuug frei, bei genauer Prüfung kein Defect, aber sectorenförmige Undeutlichkeit, welche beiderseits die oberen $^3/_4$ der rechten Hälfte der

Digitized by Google

Gesichtsfelder betraf; centrale Sehschärfe und Augenhintergrund normal. Sensibilität des rechten Arms, besonders vom Ellenbogen nach abwärts, deutlich abgeschwächt; passive Bewegungen der rechten Finger werden meist nicht wahrgenommen, Kraft- und Drucksinn gleichfalls abgeschwächt; bei Auflegen der rechten Hand auf das Dorsum treten unwillkürliche Bewegungen der Finger auf, die Finger verbleiben, ohne dass Pat. es weiss, oft geraume Zeit in der angenommenen Stellung. — Der Farbensinn ist in der Weise gestört, dass innerhalb oben erwähnten Sectors, weiss grau erscheint und Farben nicht richtig erkannt werden; auch der Raumsinn fand sich in dem excentrischen Gesichtsfelddefect geschädigt. (Details im Original.) B. betont die Aehnlichkeit mit Samelsohn's Fall (Centralbl. f. med. W. 1881. No. 47).

III. (Bezeichnung nach dem Original.) 50jähriger Mann mit ischiadischen Beschwerden, am 4. April plötzliche aber kurzdauernde Hemiparese der linken Extremitäten nach sensiblen Prodromen, keine Bewusstlosigkeit, totale linksseitige Hemianopsie, Parästhesien der linken Körperhälfte. Im November mehrfach klonische Zuckungen des linken Arms; leichte psychische Ermüdbarkeit.

IV. 45jährige Frau, nach einem Affect psychische, selbst erkannte, Schwäche, zeitweilige Rucke der linken Extremitäten, ohne nachfolgende Lähmung; Sensibilität für alle Qualitäten herabgesetzt; electrocutane und electromusculäre Sensibilität links, letztere besonders am Arm herabgesetzt; der linke Mundfacialis etwas paretisch, linke Pupille weiter als die rechte; linksseitige Hemianopsie, die Papillen etwas stärker geröthet; ihre Contouren nicht ganz scharf. — In der zusammenfassenden Besprechung der Fälle betont B., dass selbst abgesehen von der Hemianopsie der Symptomencomplex, der sich als eine plötzlich ohne wesentliche Bewusstseinsstörung auftretende, auf sensible Störung basirte Ungeschicklichkeit der betreffenden Extremitäten manifestirt, eine Läsion der innern Kapsel und der grossen Ganglien ausschliessen lässt und mit grosser Wahrscheinlichkeit in die entsprechenden Abschnitte der Fühlsphäre der Grosshirnrinde zu verlegen ist. Dass die Hemianopsie als Complication aufzufassen, beweisst B. durch Fall V, der, im Allgemeinen den früheren analog, ausserdem noch Ataxie der betr. Extremität und Ausbreitung der sensiblen Störung auf die betreffenden Hals-, Nacken- und Rumpfhälfte zeigt. Aus den Ausführungen B.'s ist noch hervorzuheben, dass er geneigt ist, die schwerere oder geringere Betheiligung der sensiblen Funktionen mit der verschiedenen Tiefenausdehnung der Läsionen in Verbindung zu bringen; für die Deutung der Ausdehnung des Prozesses benutzt B. ausser den bisher bekannten pathologisch-anatomischen Befunden Munk's Untersuchungen.

A. Pick.

---

14) J. M. Charcot: **1) Leçons d'ouverture.** (Progr. méd. 1882. Nr. 17 u. 18.) **2) Sur l'atrophie musculaire qui succède à certaines lésions articulaires.** (Ibid. Nr. 20 u. 21.) **3) Contractures d'origine traumatique.** (Ibid. Nr. 22.) **4) Tic non douloureux de la face chez une hystérique.** (Ibid. Nr. 23.) **5) Sur l'atrophie musculaire consécutive au rheumatisme articulaire chronique.** (Ibid. Nr. 25.)

Die Vorlesung, mit welcher Charcot den neu creirten Lehrstuhl für Klinik der Nervenkrankheiten inaugurirt (1), hat wesentlich locales oder, was in diesem Fall dasselbe sagen will, nationales Interesse. Die Ausstattung der neuen Stelle mit Lehrmitteln ist eine ihres Vertreters würdige. Ausser dem grossen Contingent von unheilbaren Nervenfällen, welches die 5000 lebenslänglichen Insassen der Salpétrière stellen, steht ihm ein Spitälchen von 60 Betten, in welchem frische Nervenfälle temporäre Aufnahme finden, und ein grosses poliklinisches Material zur Verfügung. Dem Unterricht dienen: ein pathologisch-anatomisches Museum, ein Atelier für Gypsabgüsse, ein photographisches, ein ophthalmologisches Cabinet, ein Laboratorium für pathologische Anatomie und experimentelle Pathologie und ein wohl ausgerüsteter

Digitized by Google

Hörsaal; dazu ein vollständiges Instrumentarium für Electrodiagnostik und Electrotherapie.

Bei der Einführung in den Gegenstand seiner Vorlesungen weist Ch. darauf hin, wie gerade beim Studium der Nervenpathologie Krankenbeobachtung und anatomische Untersuchung Hand in Hand gehen müssen, und zeigt an einzelnen Beispielen — Systemerkrankungen im Rückenmark, Localisation im Grosshirn — wie fruchtbar alsdann die Nervenpathologie für die Nervenphysiologie werden kann. Auch da, wo, wie bei den Neurosen, ein anatomisches Substrat bisher fehle, sei es nothwendig, anatomisch und physiologisch zu denken; und die physiologische Untersuchungsmethode feiere dort ihre grössten Triumphe, wo es gilt, krankhafte Erscheinungen von Simulation zu unterscheiden. Als Beispiel hierfür wird angeführt die Erkennung wirklicher, durch Hypnotisation bei Hysterischen erzeugter Katalepsie mit Hülfe der graphischen Methode, welche den Simulanten ähnlicher Zustände auf das leichteste entlarve. —

Die folgenden Vorlesungen sind durch Féré gesammelt. Es braucht kaum hervorgehoben zu werden, wie meisterhaft plastisch auch hier wieder die Darstellung ist, welche sich an die Krankendemonstration knüpft.

Zunächst handelt es sich (2) um einen jungen Mann, bei dem sich im Anschluss an eine leichte traumatische Entzündung des Kniegelenks Lähmung und reine Atrophie (erloschene galvanische und faradische Erregbarkeit vom Nerv und Muskel aus, ohne Entartungsreaction) des M. triceps femoris entwickelt hatte. Die mechanische Erregbarkeit desselben war erhalten, auch contrahirte er sich energisch bei localer Ableitung statischer Electricität unter Funkenentwickelung auf dem Isolirstuhl. Kniephänomen sehr lebhaft (wie stimmt das mit der Theorie, wonach das Kniephänomen eine Function des Muskeltonus ist? Ref.), Fussphänomen nicht vorhanden. — Das ganze Bein zeigte eine geringe Abmagerung; die Affection, die schon Jahr und Tag bestand, hatte sich unter faradischer Behandlung wesentlich gebessert. Es muss, da alle Erscheinungen von Entzündung im Muskel fehlten, eine secundäre Rückenmarksaffection angenommen werden und zwar eine directe Beziehung zwischen den sensiblen Zellen, welche durch die sensiblen Gelenknerven gereizt sind, und den motorischen und trophischen Zellen der Extensoren in den Vorderhörnern, da es immer die Extensoren sind, welche bei Gelenkaffectionen leiden. Die Veränderungen im Rückenmark können nur ganz leichte, dynamische sein, da keine Entartungsreaction bestand. Es sind in diesen Fällen die paralytischen und atrophischen Erscheinungen durchaus nicht immer proportional der Intensität der Gelenkaffection. Unter möglichst baldiger electrischer Behandlung tritt meist schnell Heilung ein; in ungünstigen Fällen kommt es aber auch zu Beugecontracturen. —

Sodann wird (3) eine 34jährige Kranke vorgestellt, die seit vielen Jahren an Hystero-Epilepsie leidet. Während aber die „accès" der Epilepsie fortbestehen, sind die „attaques" der „grande hystérie" seit fünf Jahren verschwunden. Erst ein gelegentliches Trauma (leichte Contusion am linken Fuss durch einen Fall) brachte die so lange latente „hysterische Diathese" wieder an den Tag. Unmittelbar nach der geringen Verletzung stellte sich vollständige Contractur der betreffenden Extremität in Extensions- und Adductionsstellung des Oberschenkels, Extension des Unterschenkels und Plantarflexion des Fusses ein; gleichzeitig Hemianästhesie der ganzen linken (Fall —) Seite incl. Gesicht mit Ausnahme der Nachbarschaft der Sinnesorgane. — Ch. beeilt sich, den Fall zu demonstriren, da im Verlauf der Menses, die eben eingesetzt haben, die ganze Erscheinung vielleicht in Bälde wieder verschwunden ist. — Er weist hin auf die Analogie mit der spastischen Paralyse auf organischer Grundlage. Auch bei dieser kann durch ein Trauma oder einen Hautreiz zu einfacher Lähmung Contractur sich gesellen; in beiden Fällen ist eine erhöhte Erregbarkeit der Zellen der Vorderhörner anzunehmen. Solche plötzliche Contracturen durch Gelegenheitsursachen sind oft das erste Zeichen der „hysterischen Diathese". Zum

Digitized by Google

Beweis, dass dieselbe Beobachtung auch bei einfacher Hysterie (ohne „grandes attaques") gemacht werden könne, stellt Ch. zwei Hysterische mit Sensibilitätsstörungen vor, bei denen Beklopfen der Patellar- und Achillessehnen starre Contractur in Extension und Spitzfussstellung hervorruft, die stundenlang bestehen bleibt und durch ähnliche Reizung der Antagonisten gehoben werden kann.

Als Typus eines Tic non douloureux de la face wird (4) eine Hysterische vorgestellt, welche die Fünfziger überschritten hat. Es besteht linksseitige Hemianästhesie und Tic facial auf derselben Seite. Mehrmals im Tag wiederholen sich Anfälle von Augenblinzeln und Zucken im linken Mundwinkel, etwa 200 Mal in der Minute. Dieser Frau wird ein 15jähriges, noch nicht menstruirtes hysterisches Mädchen gegenübergestellt, die zwar auch an Blepharospasmus leidet, nebenbei aber simulirt. Der Druck eines kleinen Kissens auf das Auge genügt, um den Lidkrampf zu sistiren, aber nur wenn der Arzt, nicht wenn sie es selbst aufgebunden hat. Wird das Kissen gelüftet oder abgenommen, so tritt der Krampf auf, und gleichzeitig wird das Gesicht durch tonische Contraction im Gebiet des Mundfacialis verzerrt, die aber nicht lange ohne Zeichen von Ermüdung durchgeführt werden kann. —

Muskelatrophieen, und zwar wiederum der Extensoren, sind auch bei chronischem Gelenkrheumatismus häufig und bei schleichender Form oft das auffälligste Symptom.

So machte einem 51jährigen Manne (5) ein chronischer Gelenkrheumatismus, der innerhalb vier Jahren nacheinander fast alle Gelenke befiel, an sich sehr geringe Beschwerden; aber die Kraftlosigkeit gewisser Handbewegungen, sowie Schwäche und Abmagerung der Beine zwangen ihn, seinen Beruf (Friseur) aufzugeben. Es findet sich bedeutende Atrophie in verschiedenen Extensorengruppen: im Deltoideus, Triceps brachii, in den Glutaei, dem Triceps femoris neben viel geringerer der Beugemusculatur. Die mechanische Erregbarkeit der atrophischen Muskeln ist erhöht, vielfach bestehen in ihnen fibrilläre Zuckungen; die motorische Kraft ist entsprechend der Atrophie herabgesetzt. Die Sehnenreflexe sind an allen Extremitäten erhöht, auch der Fussclonus ist hervorzurufen; sonstige Spinalerscheinungen bestehen nicht. Im weiteren Verlauf kommt es auch bei dieser Form der Amyotrophie zu Reflexcontracturen, wobei die Beuger überwiegen und die Gelenke schliesslich in Beugestellung fixirt werden. Tuczek.

---

15) **Remarques sur les accidents déterminés par des fractures chez des femmes épileptiques** par F. Terrier et H. Luc. (Revue de Chirurgie. 1882. Nr. 2.)

Verff. haben schon früher die Aufmerksamkeit auf Contracturen gelenkt, die bei Hirnkranken oder neuropathischen Individuen sehr leicht nach Verletzungen hinzutreten.

Eine Frau von 45 Jahren, seit 28 Jahren hystero-epileptisch reizbar, mit Verfolgungsideen u. s. w., bricht im Anfall die linke Clavicula ohne Dislocation der beiden Bruchenden. Darauf Contractur der Hals-, Oberarm- und Vorderarmmuskeln. Fester Verband; nach sechs Wochen bei Abnahme desselben Atrophie an den Armmuskeln mit Contractur. Nach Anwendung des constanten Stroms Besserung; ein neuer Anfall stellt jedoch die Contractur in hohem Grade wieder her. Auch in der Folge tritt mit jedem neuen Anfall die Contractur im Laufe von sechs Monaten wieder ein, nachdem sie in der Zwischenzeit gebessert. Schliesslich Heilung der Contractur durch statische Electricität.

Die zweite Beobachtung betrifft einen jener nicht seltenen Fälle, in denen bei Dementen (hier eine demente Epileptica, besonders häufig sonst bei dementen Paralytikern) Fracturen ohne den geringsten Schmerz eintreten und die fracturirten Glieder auch ohne solchen nach allen möglichen Richtungen bewegt werden. M.

Digitized by Google

16) **Abnorme electrische Erregbarkeitsverhältnisse in einem Falle von progressiver Muskelatrophie** von Prof. M. Bernhardt. (Zeitschrift für klin. Med. Bd. V. S. 127. Sep.-Abdr.)

Der 15jährige Patient, Schlosserlehrling, litt seit circa $^3/_4$ Jahr an einer fortschreitenden Atrophie der M. interossei, der Daumen- und Kleinfingerballen-Musculatur auf der linken Seite. Krallenstellung und entsprechende Bewegungshinderung der Finger. Auch in den Muskeln an der Ulnarseite des linken Vorderarms beginnende Atrophie. Die electrische Untersuchung ergab constant als sehr auffallendes Resultat, dass der linke Nervus ulnaris auf den Inductionsstrom gleich oder sogar noch etwas früher reagirte, wie auf der gesunden Seite. Für den constanten Strom zeigte der linke N. ulnaris eine im Vergleich zur gesunden Seite deutlich erhöhte und dabei qualitativ eigenthümlich veränderte Erregbarkeit. Am frühesten trat A Sz auf, dann kam Ka Oz, sodann entweder Ka Sz oder A Oz. Ka S Te war nicht zu erzielen. Alle Zuckungen verliefen kurz und blitzartig. Dieselbe Reaction zeigten die langen, vom Ulnaris versorgten Muskeln am Unterarm bei galvanischer Reizung. Faradisch reagirten sie normal. Die M. interossei dagegen boten für den Inductionsstrom eine erheblich verminderte Erregbarkeit dar. Galvanisch waren Oeffnungszucken gar nicht zu erzielen, Ka Sz und A Sz traten noch ein, aber sehr schwach, erstere etwas früher als letztere. Nach längerer Dauer der Krankheit verwischte sich der eigenthümliche Typus der Reaction. Strümpell.

17) **Zum Verhalten der Reflexerregbarkeit und der Sehnenreflexe der paretischen Seite bei cerebraler Hemiplegie** von Dr. G. ter Meulen, Amsterdam. (Zeitschrift für klin. Med. Bd. V. S. 89.)

Verf. untersuchte das Verhalten der Reflexe in neun Fällen cerebraler Hemiplegie und fand, „dass kurze Zeit nach einer einmaligen Gehirnläsion die Fusssohlen- und Cremasteren-Reflexe auf der paretischen Seite verringert, längere Zeit (zwei Monate) nachher erhöht sind, und später höchst wahrscheinlich keine Differenzen mehr darbieten.“ (Sehr auffallendes Resultat! Ref. fand ebenso, wie andere Untersucher, auch in alten Fällen von Hemiplegie die Hautreflexe, namentlich den Bauchdecken- und Cremasterreflex, auf der gelähmten Seite stets schwächer als auf der gesunden.) Die Sehnenreflexe fand Verf. kurze Zeit nach einer Gehirnläsion wenig, längere Zeit nachher (zwei bis sieben Monate) sehr erhöht. — Zeitmessungen ergaben, dass in frischeren Fällen von cerebraler Hemiplegie die Reflexzeit auf der paretischen Seite keine Differenz mit derjenigen auf der gesunden darbietet oder etwas kürzer ist. In älteren Fällen (über sieben Monate) war dagegen die Reflexzeit auf der paretischen Seite von längerer Dauer als auf der gesunden. Die erhöhte reflectorische Erregbarkeit der paretischen Seite bei den Sehnenreflexen zeigte sich auch darin, dass nach einem einmaligen Reiz wiederholt mehrere Muskelcontractionen erfolgten und dass die Contractionen selbst eine längere Dauer und eine grössere Intensität hatten.

Strümpell.

18) **Ueber motorische oder kinetische Aequivalente** von R. Arndt. (D. med. Wochenschrift. 1882. Nr. 30. Sep.-Abdr.)

A. macht auf das Auftreten von allerlei secretorischen und trophischen Störungen an Stelle von motorischen Entladungen aufmerksam, besonders bei Epileptischen und Hysterischen. Er berichtet über einen Fall von Hysterie, bei welchem statt der Anfälle schmerzhafte Knochenneubildungen und Entzündungen an verschiedenen kleinen Gelenken der Füsse beobachtet wurden. Nach Beseitigung dieser Prozesse durch Operation (Resection des Nerven) trat hartnäckiges Erbrechen auf, alles „motorische oder kinetische Aequivalente“. Siemens.

Digitized by Google

19) Ueber kinetische Aequivalente. Inaugural-Dissertation von Robert Lachmann. Greifswald 1882.

Weitere Ausführung der Mittheilungen Arndt's mit einer Reihe interressanter Beispiele, in denen statt der epileptischen Anfälle Erysipelas, Schweisse, Psoriasis etc. auftrat. M.

Psychiatrie.

20) Beiträge zur Pathologie und pathologischen Anatomie der progressiven Paralyse von Dr. Zacher. (Arch. f. Psych. XIII. S. 155.)

1) Ein Fall von progressiver Paralyse mit dem Symptomencomplexe der spastischen Spinalparalyse ohne Affection der Seitenstränge. Z. resumirt den ausführlich mitgetheilten Fall dahin, dass sich zu dem Symptomencomplexe der gewöhnlichen progressiven Paralyse abgesehen von einer allgemeinen Hyperästhesie eine Reihe von Erscheinungen zugesellt, welche für die spastische Spinalparalyse als charakteristisch gelten (Steigerung der Sehnenreflexe, Neigung zu lebhaften Muskelspannungen, Starre und Rigidität der Glieder, Muskelsteifigkeit neben motorischer Schwäche, ausgesprochene Contracturen in allen Extremitäten, Intactheit der Blase und des Mastdarmes). Die Untersuchung des Rückenmarkes jedoch zeigte auch mikroskopisch in den Seitensträngen keine irgendwie bemerkenswerthen pathologischen Veränderungen, vielmehr zeigte das Rückenmark im Allgemeinen neben mässiger Verdickung der Gefässe eine geringe Verbreiterung des Zwischengewebes, etwas stärker ausgesprochen an der Peripherie und ebenso strichweise in den unteren Abschnitten. Auch die intracerebralen Verlaufsabschnitte der Pyramidenbahnen erwiesen sich als normal. Die Grosshirnrinde ergab: Verdickung der Gefässwandungen, mit theilweisen Ectasieen und Kernvermehrung derselben, ihre Scheiden mit kleinzelligen Elementen, Pigmenten und einzelnen rothen Blutkörperchen gefüllt; Grundsubstanz wenig verändert, mässige Vermehrung der zelligen Elemente; diese gleichen durchaus den in den Gefässscheiden liegenden und liegen vielfach in Ausbuchtungen der Ganglienzellen oder förmlich in deren Körper eingedrungen; dies betrifft hauptsächlich die mittelgrossen Ganglienzellen. Die grossen Pyramidenzellen der Centralwindungen sind stark pigmentirt und vielfach schlecht contourirt, kernlos, vielfach blosse Pigmenthaufen darstellend. Das subcorticale Mark zeigt die gleichen Gefässveränderungen und spärliche Spinnenzellen.

Z. betont gegen Claus' Annahme, aus dem Vorhandensein spastischer Erscheinungen auf Betheiligung der Seitenstränge schliessen zu dürfen, die Wichtigkeit seines Falles und versucht die Möglichkeit eines Zusammenhanges dieser Erscheinungen mit den von ihm gefundenen und ihm als etwas abweichend erscheinenden Befunden in der Rinde darzuthun. Schliesslich weist er als eventuell differentialdiagnostisch verwerthbar darauf hin, dass in Fällen mit Seitenstrangdegeneration keine erhebliche Störung der Sensibilität und keine ausgesprochenen Contracturen beobachtet werden.

2) Ein Fall von sog. Misch- und Uebergangsform der progressiven Paralyse und der multiplen Herdsclerose. 53jähriger Tagelöhner, erblich belastet, Excesse in baccho et venere, 1878 Sturz von beträchtlicher Höhe ohne directe erhebliche unmittelbare Consequenzen, seither Kopf- und Rückenschmerzen, 1879 Reizbarkeit, Vergesslichkeit, Demenz. Status: Beiderseitige Ptosis, rechts stärker, rechte Pupille > l., rechtsseitige Parese des Mundfacialis, Zunge zittert, Sprache stolpernd, Tremor der Finger, Gang unsicher, breitspurig, Händedruck schwach; Sensibilität scheint nicht wesentlich alterirt, Reflexe vorhanden, Demenz, Grössenwahn. Aus dem weiteren Verlaufe sind als hervorstechend zu notiren: Intentionszittern an den oberen Extremitäten, später auch der Beine, die Sprache ist nicht mehr stolpernd, sondern langsam und gedehnt, die Stimme zitterig, meckernd, Sehnenreflexe verstärkt. Section: Pachymeningitis haemorrhagica, Rindenatrophie besonders am Stirnhirn. Die mikroskopische

Digitized by Google

Untersuchung des Rückenmarks zeigt diffuse und multiple ausgebreitete Sclerose, Medulla oblongata, soweit untersucht, frei; die Oculomotorii zeigen vielfach gequollene Axencylinder mit Zeichen beginnenden Zerfalls, mässige Verdickung der Scheide, unbedeutende Verdickung der Septa am Rande. Das Grosshirn zeigt nirgends sclerotische Herde, Rinde zeigt starken Gefässreichthum und die der Paralyse zukommenden Gewebsveränderungen.

Aus Z.'s Discussion des Falles sei hervorgehoben, dass er die Veränderungen in den Oculomotoriis mit den bei Meningitis spinalis beobachteten analogisirt.

A. Pick.

21) **Etude sur la dépression du crâne pendant la seconde enfance** par Fr. Guermonprez, Fives-Lille. (Arch. génér. de méd. Août 1882.)

Verf. knüpft an einen Fall von traumatischer im Alter von drei Jahren erlittener Depression des linken Stirnbeins mit bemerkenswerthem Zurückbleiben der intellectuellen Fähigkeiten und Charakteranomalieen eine Reihe von allgemeinen Betrachtungen über die Folgen von traumatischen Depressionen des Schädels im Kindesalter, von Traumen des Schädels überhaupt und vom Einfluss der Localität der Läsion auf die psychische Thätigkeit.

Der Fall selbst, der sehr ausführlich geschildert ist, ein zwölfjähriger Knabe, zeichnete sich durch eine erhebliche Einsenkung der linken Stirngegend, durch einen abnorm geringen Schädelumfang aus: sehr geringe Entwicklung der intellectuellen Fähigkeiten, schlechtes Gedächtniss, äusserst reizbarer, schwer zu lenkender Charakter, kurz kein Idiot, aber ein psychisch sehr zurückgebliebenes Individium. Hereditäre Disposition fehlte. Ein zum Vergleich angeführter Fall von traumatischer Depression des Hinterhauptes bei einem vierzehnjährigen Knaben mit nicht so hochgradigem, aber doch recht erheblichem Defect der Intelligenz soll beweisen, dass die Folgen der Depression in der Stirngegend schwerer seien, als in der Occipitalgegend.

Auf die ziemlich weitläufigen Erörterungen des Verf. bezüglich der Folgen traumatischer Läsionen des Stirnhirns überhaupt, der vorwiegenden Wichtigkeit der linken Hirnhälfte, der Bedeutung des Frontallappens für die psychischen Functionen, auf die Excurse auf das ethnographische und vergleichend-anthropologische Gebiet können wir nicht näher eingehen.

Verf. schliesst mit folgenden resumirenden Sätzen:

1) Die Depression des Schädels kann Ursache verschiedener psychischer Alterationen sein.
2) Diese Alterationen sind bedeutender, wenn die Stirngegend und besonders, wenn die linke Seite betroffen ist.
3) Tritt die Depression des Schädels während der späteren Kindheit ein, so kann sie ein Hinderniss für die Entwicklung der psychischen Fähigkeiten und die Ausdehnung des Gehirns, sowie für die Erweiterung der Schädelcapacität sein.
4) Die dadurch herbeigeführte relative Microcephalie kann definitiv sein.

Eisenlohr.

Therapie.

22) **Remarks on the systematie treament of aggravated hysteria and certain allied forms of neurasthenie Disease** by W. G. Playfair. (Brit. med. Journ. Aug. 19. 1882.)

Verf. schliesst sich bei der Behandlung der Hysterie und Neurasthenie wesentlich an Weiz Mitchell's Methode an. Er warnt zunächst vor allzugeschäftiger gynaecologischer Behandlung: in einem seiner Fälle war der Geist der Patientin stets „mit einem der 79 verschiedenen Instrumente beschäftigt, die schon in den letzten Paar Jahren in Amerika eingeführt waren". Andererseits hält er tiefere organische

Digitized by Google

Störungen für Contraindicationen seines Verfahrens. Dasselbe besteht zunächst in Entfernung der Pat. aus ihren häuslichen Verhältnissen und Separation im eignen Krankenzimmer mit eigener, geschickter, wohlwollender, der Kranken sympathischer Wärterin. Dann systematische passive Muskelaction durch Faradisirung und Massage, mehrmals täglich stundenlang. Dabei Anfangs schmale Milchdiät, nach einigen Tagen mit dem Erwachen des Appetits colossal kräftige Diät zum Ersatze der verbrauchten Muskelsubstanz. Zur Illustration der Wirksamkeit des Verfahrens führt er verschleppte, aber in kurzer Zeit geheilte Fälle an. An der Discussion in der medicinischen Section der British medical association betheiligten sich Clifford Albutt, Ross, De Berdt Hovell, Henry Benett u. A. ohne wesentlich neue Gesichtspunkte zu bringen. Smidt.

23) **Curare bei Epilepsie.** (Progrès med. 1882. Nr. 31.)

Nach der Empfehlung von Kunze hat Edlefsen das Curare bei Epilepsie da versucht, wo Kal. bromat. und Atropin sich wirkungslos zeigten. Von einer Solution von 0,50 grm. in Aqua dest. 5 grm. und Acid. muriat. gtt. j spritzte er alle fünf Tage $^1/_3$ oder $^2/_5$ Spritze ein. M.

24) **Observations cliniques sur l'emploi des injections hypodermiques de Strychnine dans le traitement de quelques affections du système nerveux** par le Dr. de Cérenville, Lausanne. (Revue méd. de la Suisse romande. 1882. Nr. 6.)

Verf. sah nach Strychnin-Anwendung Besserung resp. Heilung in Fällen von Muskelatrophie nach Neuritis, aber nur nach Ablauf des acuten Stadiums; denn das Mittel nützte nichts, sondern schadete vielmehr, wenn heftige spontane oder auf Druck erzeugte Schmerzen entweder noch bestanden oder neu auftraten; ebenso schadet es bei herpetischen Eruptionen, bei Contracturen, und wenn — angeblich auf Affection trophischer Nerven beruhende — Gelenkleiden auftraten. — Ungleichheit der Pupillen mahnt zur Vorsicht.

Bei Myelitis und Bulbärparalyse soll Strychnin Heilung resp. Besserung erzielt haben. — Auch bei Tabes fand Verf., entgegen den so bestimmten Erklärungen von Nothnagel und Erb, das Strychnin nützlich, und zwar besonders gegen incontinentia urinae; schädlich wirke es dagegen in den Fällen mit heftigen excentrischen Schmerzen. — Bei einem Hemiplegiker und in einem Falle von „ramollissement cérébral" hatte es gute, in einem anderen Falle keine Wirkung. Bei Lähmungen nach Typhus abd. und Diphtherie leistete es auch gute Dienste.

Verf. giebt das Strychnin subcutan zu 0,001—0,006 täglich oder einen Tag um den andern, monatelang fortgesetzt. Hadlich.

Forensische Psychiatrie.

25) **Delitto e pazzia da trauma** del Lombroso. (Archivio di psichiatria etc. Torino. 1882. S. 43.)

Ein 64jähriger Mann litt an moralischem Irrsinn, welcher sich durch schmutzigen Geiz und, trotzdem er sehr reich war, durch grossen Hang zu Diebstählen auszeichnete. Er bestahl durch Einbrüche, Dietriche und falsche Schlüssel seine Gäste und Hausleute, um das Gestohlene wieder zu verkaufen. Dieser Mann war im achten Jahre aus der Höhe auf einen Ofen gefallen, hatte bei diesem Sturz das linke Auge verloren und eine dauernde Verbildung der linken Stirnhälfte zurückbehalten. Seit dem Sturze litt er viel an Erysipelas und Kopfschmerz.

Digitized by Google

Dazu bestand bei dem Genannten erbliche Anlage zur Psychose; ein Sohn litt an moralischem Irrsinn.

L. nimmt an, dass jenes in der Jugend erlittene Trauma bleibende Veränderungen im Hirn hervorgerufen habe, auf welchen die späteren Verkehrtheiten und verbrecherischen Neigungen basirten. Jehn.

III. Aus den Gesellschaften.

Académie des sciences, Paris. Sitzung den 24. Juli 1882.

Dastri und Morat berichten über ihre Experimente, betreffend die gefässerweiternde Eigenschaft des Sympathicus im Gebiete des Mundes und der Lippen. Es treten durch die vorderen Wurzeln der zweiten, dritten, vierten und fünften Dorsalnerven Fasern zum Sympathicus, deren Reizung Gefässerweiterung in der Regio buccofacialis hervorruft. Diese Gefässerweiterung erfolgt meistens reflectorisch, sie tritt ein bei Reizung des Vagus-Stammes, resp. des N. laryngeus sup., auch des N. ischiadicus, tibialis u. A., doch ist die Reizung dieser Nerven beiderseits ohne Erfolg, sobald das Halsmark durchschnitten ist; wird der Sympathicus auf einer Seite durchschnitten, so bleibt auf dieser Seite die Gefässerweiterung der Regio bucco-facialis aus. Die Verff. stellen die betreffenden gefässerweiternden Fasern in eine Reihe mit denen, welche die Pupillen dilatiren. Hadlich.

IV. Bibliographie.

Ueber eine bisher nicht gekannte wichtige Einrichtung des menschlichen Organismus von Dr. J. Sommerbrodt. (Tübingen 1882. 26 S.)

S.'s Arbeit, ein Abdruck eines in der med. Section der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Cultur gehaltenen Vortrages wendet sich an das weitere ärztliche Publicum und bezweckt, demselben in, sagen wir „populärer" Form die Resultate seiner grösseren Arbeit über „die reflectorischen Beziehungen zwischen Lunge, Herz und Gefässen" (Zeitschr. f. klin. Med.) darzulegen und gleichzeitig die für jene Kreise besonders wichtigen practischen Folgerungen derselben zu erörtern.

Dieselbe lässt sich kurz dahin zusammenfassen: S. fand beim Valsalva'schen Versuche, sowie bei Inhalation comprimirter Luft constant am Pulse eine Entspannung der Gefässwand und Vermehrung der Herzschläge, woraus er mit Rücksicht auf die Versuche Hering's über intrabronchiale Drucksteigerung schliesst, dass in Folge von Reizung der sensiblen Lungennerven reflectorisch eine Beschleunigung der Herzthätigkeit eintritt; er fand ferner, dass unmittelbar nach dem Experimente alle Zeichen gesteigerten Blutdruckes für kurze Zeit auftreten. Die Thatsache nun, dass diese Steigerung plötzlich eintritt trotz nur allmählicher Steigerung des intrabronchialen Druckes führt S. zu der Annahme, dass die initiale Erniedrigung des Blutdruckes nicht, wie bisher angenommen, bloss durch venöse Rückstauung, sondern auch noch durch eine andere Ursache veranlasst sein könnte.

Versuche während des Hustens, Singens, pathetischen Deklamirens, während welcher ein bedeutender intrabronchialer Druck, aber keine erhebliche Rückstauung statt hat, ergaben gleichfalls Beschleunigung der Herzaction und Entspannung der Gefässwand, Versuche bei beschleunigter und vertiefter Athmung, bei denen jede venöse Rückstauung ausgeschlossen ist, zeigten das gleiche Resultat, sodass mit Bezug auf die durch intrabronchialen Druck eintretende Entspannung der Gefässwände nur die eine Möglichkeit vorliegt, dass derselbe auf nervösem Wege stattfindet, dass es sich um reflectorische Verminderung des Tonus der Gefässnerven handelt.

Dieser Reflexapparat zwischen sensiblen Lungennerven und Vasomotoren ist nun

Digitized by Google

die von S. gefundene, bisher nicht gekannte Einrichtung des menschlichen Organismus, deren Bedeutung einleuchtet, da sie ja bei jeder Muskelthätigkeit in Action tritt.

Die Zwecke derselben präcisirt S. dahin:

1. dient sie für die beschleunigte Versorgung der thätigen Muskeln mit Blut resp. Sauerstoff;
2. fördert sie die Ausscheidung der Verbrauchsstoffe durch Steigerung der Nierenthätigkeit;
3. ist sie die wirksamste Regulationsvorrichtung für die Körperwärme bei Muskelthätigkeit;
4. sehen wir in ihr eine Schutzvorrichtung gegen die Wirkungen, welche durch Rückstoss und Rückdrängung des venösen Blutes entstehen.

Bezüglich der Ausführung dieser Sätze und der sich anschliessenden practischen Erörterungen über die kreislaufbefördernde Eigenschaft des Redens, Singens, Schreiens, Turnens etc., schliesslich über die Wirkung der Einathmung comprimirter Luft, sei auf das Original verwiesen.

Die leicht verständliche Darstellung wird gewiss dazu beitragen, den Zweck des Vortrages zu fördern. A. Pick.

In dem Aufsatz über secundäre Degeneration im Bindearm (S. 341 dieser Ztschrft.) hatte ich angegeben, dass „Forel eine Verbindung des rothen Haubenkerns mit dem Bindearm leugnete". Ich hatte mich dabei auf eine Stelle in Schwalbe's Gehirnanatomie (S. 641) bezogen, in der es heisst: „Nach Forel zeigen die Bindearmfasern keine Verbindung mit den Zellen des rothen Kerns, umkapseln vielmehr grösstentheils dessen Gangliensubstanz, welche neue aufsteigende Fasern liefert, die sich aufwärts dem Bindearm anschliessen." Dem gegenüber macht mich Herr Prof. Forel darauf aufmerksam, dass er eine Verbindung des Bindearms mit dem rothen Kern nie geleugnet. Ausserdem findet sich in den Verhandlungen der Salzburger Naturforscherversammlung 1881 S. 185 (Vortrag des Prof. Forel) die Beschreibung eines Experiments, bei dem nach Durchschneidung des Bindearms bei einem neugebornen Kaninchen Atrophie des rothen Kerns der entgegengesetzten Seite eintrat. Der von mir geschilderte Befund würde demnach in voller Uebereinstimmung mit dem Ergebniss der Experimente des Prof. Forel stehen. Mendel.

V. Personalien.

Professor Dr. W. Erb in Leipzig hat einen Ruf nach Heidelberg an Friedreich's Stelle angenommen und wird demselben zu Ostern 1883 Folge leisten. Die Bemühungen des sächsischen Ministeriums, Herrn Prof. Erb an Leipzig zu fesseln, waren vergebliche. Das Ministerium hatte sich bereit erklärt, demselben eine Nervenklinik zu erbauen, doch Prof. Erb zog die Berufung nach Heidelberg vor, weil ihm dort die Klinik sofort zur Verfügung steht.

VI. Vermischtes.

Der Fall Maclean. Das Journal of mental sciene, July 1882, giebt einen Bericht über die am 19. April stattgefundene Hauptverhandlung gegen Maclean, wegen Attentats auf die Königin von England. Es wird durch Zeugen festgestellt, dass M. 1866 eine schwere Kopfverletzung erlitt. Verschiedene Personen documentiren, dass er schon vor Jahren einen geisteskranken Eindruck gemacht habe. Einige Briefe von ihm vom Mai 1880 liegen vor, in denen er ziemlich incohärent seiner Schwester schreibt, er müsse sich rächen an den übelwollenden Leuten, die Blau tragen. Vom Juni 1880 bis Februar 1881 befindet er sich in einer Anstalt, an „Mordmanie" leidend. Nach Aussage eines Geistlichen soll M. etwa acht Tage vor dem Attentat einen epileptiformen Anfall gehabt haben. Das Gutachten des Sachverständigen Mr. Mauning vom Laverstock-Asylum giebt an, dass M. unter der Wahnidee

Digitized by Google

stehe, seine Landsleute hätten sich verschworen, ihn zu verfolgen, Leute in blauen Kleidern quälten ihn, er stehe unter übernatürlichen Einflüssen und höre von Zeit zu Zeit Stimmen, die mit ihm debattirten, ausserdem sei M. schwachsinnig. Dr. Shephard (Colney Hatch Asylum), mit dem Dr. Orange vom Broadmoor Asylum im Wesentlichen übereinstimmt, wies auf die Schädeldiformität (gekielter schmaler, hoher Schädel), das Stottern des Angeklagten hin, auf eine schmerzhafte Narbe am Schädel, ferner bestanden schwachsinnige Grössenideen (Verwandtschaft mit der königlichen Familie). Er erklärt ihn für einen imbecillen Menschen. Entsprechend dem übereinstimmenden Gutachten wird M. zur strengen Haft „during Her Majesty's pleasure" verurtheilt. Smidt.

(Ref. der D. Med. Ztg. Nr. 33.) In der Cincinnati Lancet and Clinik berichtet Professor Davis Haldermann über das Gehirngewicht eines 45 Jahr alten, früher Sklave, später Soldat gewesenen Mulatten, der sechs Fuss lang und nie besondere geistige Fähigkeiten gezeigt hatte. Das Gehirngewicht betrug 1830 Gramm. Die Angabe, dass nur zwei grössere Gehirngewichte, nämlich Cuvier (1930) und Abercrombie (1890) bekannt seien, ist nicht richtig: Byron soll ein Gehirngewicht von 2233, Cromwell eines von 2238 Gramm u. s. w. gehabt haben. M.

Die Zählung der Geisteskranken in Preussen am 1. December 1880 ergab: 66345 und zwar 34309 männliche und 32036 weibliche Geisteskranke (gezählt am 1. Decbr. 1871: 55043, resp. 28002, resp. 27011).

Die Geisteskranken waren am 1. December 1880 alt:

	männlich	weiblich	zusammen	unter je 10000	dagegen 1871
unter 15 Jahre . .	4 038	3 110	7 148	7,3	7,7
15—50 Jahre . . .	22 485	19 601	42 086	31.2	29,9
über 50 Jahre . .	7 313	8 686	15 999	36,6	31,0
unbekannt	473	639	1 112.		

Der Religion nach vertheilen sich die Geisteskranken dahin, dass unter je 10 000 Evangelischen 24,1, unter der gleichen Anzahl von Katholiken 23,7, von Israeliten 38,9 und unter 10 000 Bekennern anderer Religionen 18 Geisteskranke vorkommen.

Es betrug die Zahl der Geisteskranken

in den Provinzen	überhaupt	unter 10 000 Einw.	Procent in den Irrenanstalten
Ostpreussen . . .	4044	20,9	14,2
Westpreussen . . .	2961	21,1	14,7
Stadtkreis Berlin .	948	8,4	16,5
Brandenburg . . .	6732	29,7	44,2
Pommern	3418	22,2	22,4
Posen	2738	16,1	13,4
Schlesien	8357	20,9	26,7
Sachsen	4809	20,8	27,7
Schleswig-Holstein .	3800	33,7	31,1
Hannover	6317	29,8	33,5
Westphalen . . .	5348	26,2	24,0
Hessen-Nassau . .	4715	30,3	31,7
Rheinland	12020	29,5	32,6
Hohenzollern . . .	138	20,4	36,2

Von allen Geisteskranken im preussischen Staate waren 28,5 Prozent (28,6 männliche und 28,3 weibliche) am 1. December 1880 in Irrenanstalten. Dieses Verhältniss scheint mit der Wohlhabenheit der Bewohner gleichen Schritt zu halten. Die Angaben für Berlin sind jedoch insofern noch richtig zu stellen, als durch die Verlegung der städtischen Irrenanstalt nach Dalldorf die Insassen derselben nicht mehr zur Bevölkerung Berlins, sondern zu derjenigen der Provinz Brandenburg gerechnet erscheinen. Geisteskranke Berlins sind ausserdem nicht allein in der genannten Anstalt, sondern noch zu mehreren Hunderten in Privat-Irrenanstalten untergebracht, die auch ausserhalb der Stadt gelegen sind. Man muss daher die Provinz Brandenburg einschliesslich Berlin im Zusammenhange betrachten. Geschieht dieses so ergiebt sich, dass 40 Procent der Geisteskranken den Irrenanstalten überwiesen sind.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, W. Leipziger Str. 130.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. October. No. 19.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Befund bei spinaler Kinderlähmung nach dreijährigem Bestehen derselben von **Schultze.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique de la Brucine par **Wintzenried.** 2. Geschichte der Experimentalphysiologie des Nerv. accessor. Willisii von **Eckhard.** 3. De la régénération des nerfs périphériques par le procédé de la suture tubulaire par **Valair.** — Pathologische Anatomie. 4. Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke in Folge einer geringgradigen Compression entwickelten. Nebst einem die secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes betreffenden Anhang. Von **Kahler.** 5. Sarcoma fuso-cellulare della base del cranio etc. del **Funajoli.** — Pathologie des Nervensystems. 6. Hypnose und Katalepsie bei einem hysterischen Mädchen von **Langer.** 7. Aural vertigo by **Burnett.** 8. Atrophie of the muscles supplied by the fifth cranial Nerve etc. by **Warner.** 9. Reports of medical and surgical practice in the hospitals and asylums of Great Britain and Ireland. 10. Nouveau fait de paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée dans un cas d'hémiplégie alterne par **Garel.** 11. Contribution a l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula par **Raymond** et **Brodeur.** 12. Gehirnerweichung nach Vergiftung mit Kohlendunst von **Pölchen.** 13. Zur Kenntniss der motorischen Hirnfunctionen von **Rosenthal.** 14. Ueber sog. symmetrische Gangrän von **Weiss.** 15. Marantische Hirnsinusthrombose bei einem Kinde. Genesung. Von **Voormann.** 16. Hémiplégie droite chez un enfant de 9 ans. Méningo-encéphalite. — Mort. — Sarcome névroglique de la protubérance compliqué d'hémorrhagie dans le côté gauche du pont de Varole par **Pousson.** — Psychiatrie. 17. The epileptic change and its appearence among feebleminded children by **Kerlin.** 18. Note on the essential psychic signs of general functional neuratrophia or neurasthenie by **Hughes.** 19. Alternation, periodicity, and relapse in mental diseases by **Clouston.** 20. Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus von **Tamburini** und **Seppili.** Deutsch von **Fränkel.** — Therapie. 21. Gegen Epilepsie von **David.** 22. Sulla guarigione spontanea della epilessia del **Tambroni.** 23. The therapeutic uses of the Herba Pulsatillae by **Shapter.** 24. Nerve-section in the treatment of neuralgia by **Cadge.** 25. Zur Therapie der Chorea. — Forensische Psychiatrie. 26. Errori giudiziari per colpa di periti alienisti del **Lombroso.** — Anstaltswesen. 27. Ueber die staatliche Fürsorge für Epileptiker von **Jolly.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

Befund bei spinaler Kinderlähmung nach dreijährigem Bestehen derselben.

Von Prof. **Friedr. Schultze** in Heidelberg.

Es könnte nachgerade überflüssig erscheinen, weitere anatomische Befunde bei der spinalen Kinderlähmung zu veröffentlichen, da allmählich eine hinreichende Menge derselben vorliegt, um das anatomische Substrat derselben ausser jeden

Digitized by Google

Zweifel zu setzen. Aber einmal ist die Kenntniss von der wahren Natur dieses Leidens trotz aller Lehrbücher der Nervenpathologie und aller Specialaufsätze noch immer nicht verbreitet genug. Es könnte sonst unmöglich in einem der bekanntesten Lehrbücher der Chirurgie, demjenigen von König, noch in der zweiten Auflage desselben bei der Besprechung der verschiedenen Contracturen an den Unterextremitäten folgender Satz sich finden: „Leider wissen wir über die Art und den Sitz derselben (d. h. der pathologischen Veränderungen bei der Kinderlähmung) noch nichts Bestimmtes; doch hat die neuere Ansicht, dass in der Mehrzahl der Fälle der Sitz des Prozesses im Rückenmark sei, viel für sich." Diese Ansicht hat alles für sich; es handelt sich überhaupt um keine Ansicht, sondern um wohlconstatirte Thatsachen.

Ferner wird noch immer von manchen Seiten mit grosser Zähigkeit an der falschen Charcot'schen Lehre festgehalten, dass es sich bei der vorliegenden Krankheit um eine primäre acute Atrophie der Ganglienzellen handle. Bekanntlich ist diese Lehre hauptsächlich aus der Untersuchung von sehr alten Fällen abgeleitet, welche über den ursprünglichen Prozess einen Aufschluss nicht geben können; die frischeren Befunde sind viel seltener. Es ist also die Mittheilung eines weiteren Befundes der letzteren Kategorie gewiss gerechtfertigt, zumal sich einige Einzelheiten von Interesse mit ihm verknüpfen.

Die Krankengeschichte, welche ich zum grössten Theile der Güte des Herrn Prof. Erb verdanke, ist kurz folgende: Das $1^1/_2$jährige, früher gesunde Kind Th. P. aus Speier erkrankte am 22. October 1878 nach dem Berichte des Herrn Dr. Hörmann in Speier mit Fieber, Husten und Heiserkeit. Am 27. Oct. wird ausgesprochene Lähmung der unteren Extremitäten beobachtet; die Temperatur ist wieder subnormal; die Arme sind frei, die Harnentleerung unregelmässig. In den nächsten Tagen Besserung der Lähmung.

Die Untersuchung von Prof. Erb ergab am 23. April 1879: Lähmung und Atrophie der rechten Wadenmuskeln, sowie des R. tibial. ant.; links vorzugsweise Paralyse der vorderen Unterschenkelmusculatur; in den befallenen Gebieten deutliche EAR, besonders in der rechten Wade.

Der Quadriceps beiderseits beweglich, links mehr als rechts; Sensibilität intact.

Eine spätere Untersuchung ergab (23. Januar 1880): Rechts Lähmung des Hüftbeuger und Schwäche des Quadriceps, dann Lähmung des Tibial. ant. und der Wadenmusculatur; die Peronei und der Ext. digit. communis erhalten. Links sehr schwache Action der Hüftbeuger, Schwäche im Quadriceps; Paralyse und Contractur der Wadenmusculatur; sehr geringe Bewegbarkeit der Peronei. Ausserdem starke Lordose; die Glutaeen sind schlaff und dünn.

Patellarreflexe beiderseits normal.

So blieb der Zustand der kleinen Kranken, die ich selbst später wochenlang behandelte, bis Anfang 1882. Irgend eine wesentliche Besserung konnte ich durch die consequente Electrisirung (Galvanisirung des Rückenmarkes und periphere Galvanisation) nicht erreichen. Wegen der Feststellung beider Hüftgelenke in rechtwinkliger Beugung, wodurch jeder Gehversuch unmöglich gemacht war,

Digitized by Google

wurde auf Drängen der Eltern versucht, auf operativem Wege durch Osteotomie der Oberschenkel eine Gradstellung der Oberschenkel zu ermöglichen. Leider starb die kleine Patientin bald nach geschehenem Eingriffe auf der hiesigen chirurgischen Klinik.

Die am 20. Februar 1882, also drei Jahre vier Monate nach dem Eintritte der Erkrankung, ausgeführte Obduction ergab bei Abwesenheit sonstiger Veränderungen im Lendentheile des Rückenmarkes die Vorderhörner und dadurch auch die ganze vordere Hälfte der spinalen Substanz erheblich kleiner; die Substanz der Seitenstränge etwas reducirt und deutlich grau verfärbt. Der Hals- und Dorsaltheil waren makroskopisch frei.

Von den Muskeln erschienen die Iliopsoas blasser, besonders der linke; die Muskeln der Unterextremitäten durchweg abnorm dünn, blassgelblich; die Extensores cruris ebenfalls dünn, aber lange nicht so intensiv als die Muskeln der Unterschenkel; links sind sie stärker afficirt als rechts. Auf den Befund an den Hüftgelenken will ich hier nicht näher eingehen.

Die genauere Untersuchung am gehärteten Präparate ergab Folgendes: Die vordere Hälfte des Rückenmarkes in der untern Hälfte des Lendentheiles im frontalen Durchmesser erheblich verschmälert, in der oberen Hälfte weniger verändert. Doch ist auch hier die Form der Vorderhörner in der Art verändert, dass sie fast in allen Durchmessern verkleinert erscheinen. In der Mitte der grauen Substanz erscheinen sehr deutlich sichtbare graue Flecke, an denen das Gewebe offenbar stark verdünnt ist. Die Flecke nehmen zum grössten Theile die Vorderhörner ein und sind in der Höhenrichtung auf der linken Seite ausgedehnter als rechts, während rechts nur die untern Abschnitte des Lendentheils einen solchen enthalten.

Mikroskopisch zeigt sich die ganze vordere graue Substanz und im überwiegenden Theile der ganzen Lendenanschwellung auch die hintere bis zur Rolando'schen Substanz in der Weise verändert, dass nur ein geringer Rest von Ganglienzellen übrig geblieben ist, und zwar links mehr als rechts und in den obersten Abschnitten des Lendentheils, im Uebergangstheil zum Dorsaltheile, mehr als unten. Erst nahe dem Filum terminale erscheinen wieder beiderseits etwa 6—10 Ganglienzellen auf einem Querschnitt. Weiter oben überschreitet die restirende Anzahl der grossen multipolaren Zellen die genannte Ziffer ebenfalls nicht; auf der rechten Seite lässt sich an mehreren Schnitten aus den verschiedenen Höhen der Lendenanschwellung keine einzige Ganglienzelle mehr finden, nicht einmal ein Rudiment derselben.

An Stelle des nahezu völlig geschwundenen und nur partiell erhaltenen Gewebes sind nur Gliazellen und Gliafasern vorhanden und zwar von den makroskopisch heller erscheinenden Parthien nur spärlich, an den andern sehr reichlich; besonders die Zellenanhäufung ist eine sehr starke.

Bemerkenswerth ist besonders der Gefässbefund. Die Wandungen der Gefässe sind in den abnormen Abschnitten des Nervengewebes erheblich verdickt und zellenreich; in einzelnen grössern finden sich grössere Mengen von Blutfarbstoff in Form von kugelig angehäuftem Pigment, wie man das ähnlich

Digitized by Google

in dem sogenannten Hämatosin der Hirngefässe älterer Leute zu sehen bekommt.

Besonders betheiligen sich auch die in die vordere Fissur hineingehenden Gefässe, während diejenigen des medialen Bindegewebsseptum der Hinterstränge frei bleiben.

Während die Hinterstränge und die ROLANDO'sche Substanz frei sind, zeigen die Seiten- und Vorderstränge und zwar besonders die der grauen Substanz unmittelbar angrenzenden Abschnitte starke Veränderungen, nämlich Vermehrung der Glia und Verminderung der Nervenfasern. Die Gegend der Pyramidenbahnen ist noch etwas von dieser Sclerose ergriffen, aber nur wenig. Die Veränderung der Seitenstränge hauptsächlich in den mittleren Parthien ist makroskopisch durch eine seitliche Einziehung des peripheren Contours derselben nach innen zu gekennzeichnet.

Die vordern Wurzeln führen nur in den oberen Abschnitten des Lendentheils normale Fasern; weiter unten ist zum grössten Theile nur die Scheide derselben übrig geblieben. Die vordere Commissur und der Centralkanal ist unversehrt; letzterer, wie bei Kindern gewöhnlich, geöffnet.

Bemerkenswerth ist noch eine Anomalie in der Vertheilung der grauen Substanz. Im Uebergangstheile zum Dorsaltheil, dort wo die CLARKE'schen Säulen beginnen, liegt ein Stück der CLARKE'schen Säule mit fünf Ganglienzellen abgesprengt in der Substanz des Hinterstranges in Form eines länglichen schmalen Streifens, der in der Richtung der inneren Wurzelbündel dahinzieht.

Die Meningen ohne sonderliche Anomalie.

Die Muskeln in der gewöhnlichen Weise verändert; sie sind in den weniger afficirten Muskeln gruppenweise, in den stärker degenerirten total sehr verschmälert, zum grössten Theil ohne Querstreifung, in ihrer Continuität nicht selten unterbrochen, kernreich. Ein Befund, der sehr erheblich von den Befunden bei Pseudohypertrophie absticht.

Der geschilderte anatomische Befund spricht deutlich genug gegen eine „parenchymatöse" acute Myelitis oder eine primäre Atrophie der Ganglienzellen. Hätte man nur Autopsien bei frischeren Poliomyelitiden gemacht, würde man niemals auf eine derartige Hypothese verfallen sein; denn alle Befunde bei frischen Veränderungen, selbst solchen, die mehrere Jahre nach dem Eintritte der Lähmungen gemacht wurden, reden dieselbe vernehmliche Sprache. — Neu ist im vorliegenden Falle das Vorhandensein von Blutfarbstoff in den Gefässen. Bekanntlich kommt derselbe in normalen Spinalgefässen selbst Erwachsener gewöhnlich nicht vor; bei einer Entzündung in dem gewöhnlichen Sinne ist aber der Austritt von rothen Blutkörpern wahrlich nichts Befremdendes. Man wird fast an die frühere Annahme erinnert, dass die acute spinale Kinderlähmung wesentlich auf primären Blutungen beruhen könne. Zur Unterstützung dieser Annahme ist aber der geschilderte Befund nicht angethan.

BRAMWELL will in seinem neuen Buche über die „Diseases of the Spinal Cord" die Poliomyelitis acut. zu den Systemerkrankungen rechnen. Das würde

Digitized by Google

annehmen heissen, dass die Ganglienzellen und Nervenfasern den Ausgangspunkt bilden; ist also nicht richtig. Allerdings localisirt sich die Entzündung wesentlich im Gebiete der vorderen Spinalgefässe, welche in die vordere Fissur eindringen, soweit man bisher urtheilen kann. Es betheiligen sich also vorzugsweise diejenigen Parthien, welche von diesen Gefässen versorgt werden. Aber eine Beschränkung der Entzündung auf die vordere graue Substanz oder gar auf die Ganglienzellen findet nicht statt, wie auch der obige Fall wieder lehrt. Die Poliomyelitis acut. ist eine Unterart der acuten Myelitis überhaupt; sie zeichnet sich nur dadurch aus, dass ihre grösste Intensität und ihre Residuen die vorderen und mittleren Theile der grauen Substanz betreffen; keineswegs bleiben aber jedesmal die Seitenstränge oder selbst die Hinterstränge intact. Sie ist zuerst ausgedehnter, geht dann aber zurück. Die Veränderungen in den Seitensträngen sind auch nicht etwa dieselben wie bei der secundären Degeneration; dagegen spricht schon ihr Sitz.

Klinisch war bemerkenswerth das Vorhandensein der Patellarreflexe trotz der abnormen Beschaffenheit der Extensoren, die allerdings noch willkürlich bewegbar waren. Die Schlaffheit der Muskelsubstanz derselben, welche derjenigen, die man bei Tabes findet, nichts nachgab, hinderte das Zustandekommen derselben nicht. Trotzdem ein grosser Theil der hinteren grauen Substanz zerstört war und nur die Rolando'sche Substanz mit den sie durchsetzenden sensiblen Wurzelfasern frei blieb, war doch eine Störung der Sensibilität nicht vorhanden; von den in die mittlere graue Substanz von hinten her eindringenden Fortsetzungen der einstrahlenden dünnen Nervenfasern, die man als Fortsetzung sensibler Bahnen anzusehen gewöhnt ist, war anatomisch nichts mehr wahrzunehmen. Trotzdem waren sowohl die Patellarreflexe als, wie gesagt, die Sensibilität intact. Auf welchen Wegen ihre Fortleitung stattfindet, bleibt demnach unaufgeklärt. Natürlich mussten die betreffenden Bahnen trotz der ausgiebigen Zerstörung in diesem Falle noch gangbar sein. — In Bezug auf die multipolaren Ganglienzellen erschien es erstaunlich, dass eine so kleine Anzahl derselben, wie sie durch den destruirenden Prozess in diesem Falle übrig gelassen wurde, noch eine derartige Beweglichkeit, wie sie vorhanden war, ermöglichte. Ueber die Beziehungen einzelner derselben zu bestimmten Muskeln liessen sich leider keine sichern Schlüsse ziehen.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) **Recherches expérimentales relatives à l'action physiologique de la Brucine** par M. L. Wintzenried. (Communiqués à la société de biologie le 27 mai 1882 par M. J. L. Prévost de Genève. Membre correspondant. Sep.-Abdr.)

Wir geben im Nachfolgenden das Wesentliche aus dem Resumé des Verf. über seine Experimente bezüglich der Wirkung des Brucins und seiner Salze. Die beiden

Digitized by Google

Froscharten Rana esculenta und temporaria reagiren verschieden. Beim ersteren tritt eine doppelte Wirkung ein, zunächst Paralyse, wahrscheinlich wegen Lähmung der motorischen Nervenendigungen in den Muskeln, dann Convulsionen wegen Erhöhung der medullaren Reflexerregbarkeit. Da die erste Wirkung die zweite am Erscheinen hindert, tritt letztere nur an Körpertheilen, deren Blutzufuhr abgeschnitten ist, ein. Bei Rana temporaria erzeugt Brucin tetaniforme Phaenomene wie das Strychnin. Der paralyso-motorische Effect tritt nur nach sehr hohen Dosen ein. Rana temporaria ist gegen Brucin viel unempfindlicher wie Rana esculenta. Die Convulsionen sind spinalen Ursprungs. Gehirncentren, sensible Nerven und Muskelcontractilität bleiben intact. Die Zahl der Herzcontractionen wird vermindert, aber nur durch sehr hohe Dosen und nach mehreren Stunden cessiren diese ganz. Die Lymphherzen hören rapide auf zu schlagen. Bei gewissen Dosen cessirt die Respiration.

Bei Warmblütern wirkt das Brucin wie Strychnin. Die Asphyxie schien hier die Hauptursache des Todes zu sein. Künstliche Respiration schob denselben hinaus oder erhielt das Leben, wenn das Gift zur Elimination Zeit hatte. Das Herz war stets das ultimum moriens, hohe Dosen lähmten den Vagus, die motorischen Nerven verloren nicht die Erregbarkeit. Der Blutdruck schien sich anfangs leicht zu heben, um dann rapide zu sinken. — Urin und Galle der vergifteten Thiere schien auf Frösche tonisch zu wirken, doch fehlen nähere Beobachtungen über die Ausscheidungswege des Brucin. Smidt.

---

2) Geschichte der Experimentalphysiologie des Nerv. accessor. Willisii von C. Eckhard, Giessen. (Beiträge zur Biologie. 1882. S. 197—220.)

Ausführliche Uebersicht über sämmtliche hierhergehörige Arbeiten mit Zusammenfassung unserer heutigen Kenntnisse über die Physiologie dieses Nerven, in der „nach so vieler Arbeit noch so Vieles unsicher ist". M.

---

3) De la régénération des nerfs périphériques par le procédé de la suture tubulaire par C. Valair. (Gazette méd. de Paris. 1882. Nr. 32.)

Mit Benutzung der Idee von Gluck (Berlin), die Regeneration ausgeschnittener Nervenstücke in Röhren von decalcinirtem Knochen vor sich gehen zu lassen, erzielte V. ausgezeichnete Erfolge. Er bekam Neubildungen von 5 cm Länge, und constatirte — die centrifugale Sprossenbildung bestätigend — folgende Einzelheiten:

1) Eine partielle Wiederherstellung der Muskelaction durch die Nervenregeneration kann lange vor der Rückkehr der Sensibilität erreicht werden.

2) Die Proliferation des centralen Nervenendes beginnt höher als 1,5 cm über der Schnittlinie; sie zeigt sich zuerst an den äusseren Partieen, erst später auch in der Mitte des Nervenbündels.

3) Die Axencylinder durchdringen die häutige Scheide und umgeben sie muffartig mit einer immer dicker werdenden Schicht, während jene allmälig zum Schwund gebracht wird.

4) Ist die Lücke zwischen beiden Nervenstümpfen ausgefüllt, so erlangt nun das untere (periphere) Ende der Neubildung früher die reife, normale Beschaffenheit, als das obere.

5) Nur ein beschränkter Theil der neugebildeten Fasern tritt in directe Verbindung mit den Fasern des peripheren Stumpfes. Ein anderer Theil dringt durch die Anschwellung des peripheren Schnittendes und verästelt sich direct in der benachbarten Muskelmasse. Noch ein anderer Theil erstreckt sich längs der alten Fasern, ohne sich mit ihnen zu verbinden, oder verliert sich nach verschiedenen Richtungen hin. Hadlich.

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

4) Ueber die Veränderungen, welche sich im Rückenmarke in Folge einer geringgradigen Compression entwickelten. Nebst einem die secundäre Degeneration im Rückenmarke des Hundes betreffenden Anhang. Von O. Kahler. (Zeitschr. f. Heilk. III. 3. u. 4. Heft. S. 187.)

Zwei bisher unerledigte Fragen der pathologischen Anatomie der Rückenmarkscompression versucht K. auf experimentellem Wege zu lösen; einerseits die, ob eine geringe, aber bleibende Compression Rückenmarksveränderungen setzt, andrerseits die nach der Art derselben und deren weiterer Entwickelung bei länger andauernder Compression. Sein Verfahren bestand in der Injection von reinem Wachs, bezüglich deren Details das Original einzusehen ist. Die Zahl der gelungenen Versuche betrug 14, fast ausschliesslich drei Wochen alte Hunde betreffend; zwei derselben verendeten sofort, für die übrigen betrug die Dauer der Compression sechs Stunden bis sechs Monate.

Die Untersuchung ergab zunächst, dass das Wachs rein comprimirend gewirkt, in keinem Falle fanden sich Adhärenzen der Dura an die Pia. Hitzeeinwirkung schliesst K. gleichfalls aus. Die histologische Untersuchung erfolgte in der üblichen Weise, vortheilhaft für durch Ammon. bichrom. mangelhaft gehärtete Stücke erwies sich eine zwei- bis dreitägige Härtung in einprocentiger Ueberosmiumsäure.

Befund nach sechs- bis dreizehnstündiger Dauer der Compression: Herdweise Erkrankung der Hinter- und Seitenstränge an den Stellen der stärksten Compression, höchstens in der Ausdehnung von zwei Wurzelpaaren; in den als Flecken sichtbaren Herden hochgradige Quellung der Mehrzahl der Axencylinder, nahezu völliger Schwund der Markscheide, keine Veränderung der Gefässe und des interstitiellen Gewebes; in der Umgebung der Herde zuweilen völlig normales Gewebe. Andere Herde gaben folgenden Befund: In den aussergewöhnlich ausgedehnten Maschen der Neuroglia liegen homogene blasse, zuweilen schwach granulirte Gebilde, die unregelmässig gestaltet den Maschenraum ausfüllen, oder von einem farblosen homogenen oder leicht granulirten Hof umgeben sind, oder mit der letzteren Substanz den Raum theilen; zwischendurch finden sich normale Fasern und die verschiedenen Uebergänge von solchen bis zu den hochgradig veränderten. Einzelne in der bisher beschriebenen Weise veränderte Nervenfasern finden sich verstreut in den sonst intacten Strängen in der Ausdehnung, in welcher das injicirte Wachs sich in etwas stärkerer Lage vorfand; in einem Falle (zweitägige Dauer der Compression) war dieser letzte der einzige Befund. Längsschnitte zeigten, dass die gequollenen blassrothen Gebilde sich im Längsdurchmesser bedeutend entwickelter erwiesen; ferner die verschiedenen Uebergangsstufen von normalen zu so veränderten Axencylindern; an einzelnen derselben fand sich beginnende Vacuolenbildung, nirgends Kernbildung. Die graue Substanz zeigte einzelne Nervenfasern mit stark gequollenem Axencylinder und einzelne punktförmige Hämorrhagien. Weitere Veränderungen lässt K. mit Rücksicht auf die Schwierigkeit des Nachweises frischer Veränderungen in der grauen Substanz dahingestellt; Färbungsdifferenzen, angedeutete Vacuolenbildung der Ganglienzellen, blasiges Aussehen der Spongiosa fand er zuweilen auch bei unverletzten Hunden.

Zweite Periode (zwei- bis zehntägige Compression) ergiebt noch stärkere Quellung der Axencylinder, welche vornämlich in Folge zunehmender Vacuolenbildung noch stärkeren Zerfall zeigen und schliesslich ganz verschwinden. Körnchenzellen fanden sich spärlich am dritten Tage, reichlich am zehnten; die Entwickelung derselben aus zerfallenden Axencylindern konnte K. nicht nachweisen, nur in einem Falle (zehntägige Dauer der Injection) zeigten die Axencylinderbruchstücke eine sie den Ganglienzellen ähnlich machende grobe, dunkle Granulation, niemals jedoch einen Kern. Das interstitielle Gewebe zeigte nur zuweilen geringe Vergrösserung der Deiters'schen Zellen, stärkere Markirung der Neurogliakerne.

Digitized by Google

Dritte Periode (fünfwöchentliche Dauer, ein Fall). Makroskopisch frisch keine Veränderung mit Ausnahme der von Wachs umschlossenen Nerven, welche verschmälert und grau verfärbt sind. Mikroskopisch zeigten drei am gehärteten Präparate sichtbare Herde neben intacten Nervenfasern einzelne geschwollene Axencylinderstücke, die zum Theil die oben erwähnte Granulirung zeigen, vielfach fehlten die Nervenfasern, an ihrer Stelle sitzen Körnchenzellen; das Neuroglianetz ist stellenweise verdickt, wie sich zeigt in Folge des Zusammenfallens einzelner Maschen, in deren Lücken stellenweise granulirte Substanz liegt; nach auf- und abwärts fand sich secundäre Degeneration.

Die vierte Periode ist charakterisirt durch herdweise Sclerose und eine oft weithin sich erstreckende Verdickung des interstitiellen Gewebes der weissen Substanz.

Seine als hypothetisch hingestellte Deutung der Befunde basirt K. auf Rumpf's Untersuchungen über die Einwirkung von Lymphe auf Nervenfasern. K. nimmt nun an, dass das injicirte Wachs zur Behinderung des Lymphabflusses und Stauung der Gewebssäfte führt, und dass durch die Compression gesetzte Läsionen der Nervenfasern den trophischen Einfluss an umschriebenen Stellen hemmen; für das letzte Stadium, nach Zerstörung der parenchymatösen Bestandtheile, ist das Zusammenfallen des leeren Gerüstes und wohl auch die Reizung des interstitiellen Gewebes durch die Zerfallsproducte des Parenchyms (Weigert) heranzuziehen.

Die Discussion der wohl noch zu erforschenden Veränderungen der grauen Substanz lässt K. offen, bespricht dann weiter den möglichen Einwurf, es handle sich um acut-myelitische Veränderungen, den er ablehnt; weiter bespricht er die Befunde bei Compressionsmyelitis, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss. Versuche zur Erlangung einer an die Compression anschliessenden Myelitis, in der Weise instituirt, dass mit Wachs injicirte Hunde septisch gemacht werden sollten, misslangen; am Schlusse berichtet K. über die an den Hunden beobachteten Symptome.

Im Anhange berichtet K. über die secundären Degenerationen. Herde im Seitenstrang des unteren Hals- und obersten Brusttheils veranlassten absteigende Degeneration zerstreuter Fasern im Vorder- und Vorderseitenstrang, die sehr rasch immer weiter nach vorn rückten, und auch rasch an Zahl abnahmen; doch reichen dieselben bis ins unterste Brust- und selbst ins Lendenmark. Aufsteigende Degeneration langer Bahnen nach Herden im Seitenstrang fand sich niemals, wohl bedingt durch die Lage der Herde. Herde im Goll'schen Strang veranlassten aufsteigende Degeneration derselben, die degenerirten Fasern blieben constant im hintersten Abschnitte des Stranges. Bemerkenswerth sind die Befunde nach Compression von Nervenwurzeln; die betroffenen Wurzeln selbst zeigten auffallende Verschmälerung eines Theils ihrer Fasern, diese selbst sehr dünne Markscheiden und stellenweise Ansammlung von Markresten, auffallende Vergrösserung und Vermehrung der Kerne der Schwann'schen Scheide; einzelne Fasern sind ganz degenerirt; an andern Wurzeln fand sich das von S. Mayer sogenannte vierte Stadium der Degeneration. Bezüglich der secundären durch Wurzelläsion bedingten aufsteigenden Degeneration ergaben Kahler's Befunde auch für die oberen Brust- und unteren Cervicalnerven, dass dieselbe anfänglich dicht dem medialen Rande des Hinterhorns anliegend, allmählich gegen die Mittellinie rückt. Ein in K.'s Fällen freibleibendes, dem Septum post. anliegendes Dreieck entspricht offenbar den Fortsetzungen der unterhalb liegenden Nervenwurzeln. Eine Vergleichung dieser Befunde mit denen Singer's lehrt ferner die Topographie der Fortsetzungen der Dorsalnerven kennen. Ferner zeigt sich, dass je tiefer die Eintrittsstelle einer hintern Wurzel, um so näher liegt deren Fortsetzung im gleichseitigen Hinterstrang dem hintern Ende des Sept. post.

Als wichtige Folgerung aus diesen Befunden ergiebt sich für das Hunderückenmark, dass die Goll'schen Stränge und Hinterstranggrundbündel nur in so fern eine verschiedene Dignität beanspruchen können, als in jenen weniger Fasern kurzer Bahnen eingeflochten erscheinen als in den letzteren. A. Pick.

Digitized by Google

5) Sarcoma fuso-cellulare della base del cranio etc. del Paolo Funajoli. (Archivio italiano per le malattie nervose. 1882. F. III. p. 151.)

Ein von den Processus clinoid. ant. ausgehendes Spindelzellensarcom von 145 Gramm Gewicht und ganz symmetrischer Ausdehnung wurde bei einer geisteskranken Blinden gefunden, welche völlige Sehnervenatrophie und Retinaldefect aufwies. Sie litt an Grössenvorstellungen und hatte lebhafte Illusionen und Hallucinationen des Gesichts. Lähmungs- und Irritationserscheinungen fehlten, das Balancirungsvermögen war erhalten; nur eine geringe Vermehrung der sensiblen Erregbarkeit wurde constatirt. In den letzten Stadien der Krankheit traten epileptiforme Anfälle auf.

Eine Diagnose auf den Tumor konnte trotz sechsjährigen Aufenthalts in der Anstalt nicht gestellt werden.

Der oben beschriebene harte Tumor hatte die unteren Gyri der Stirnlappen theils verdrängt, theils vernichtet, der vordere Theil des Corp. callosum, die Pars perforata ant. waren zerstört, das Chiasma nervorum opticorum nach oben und hinten gedrängt und atrophisch, ein grosser Theil des Corp. striatum, Thalamus opticus, Vormauer und Linsenkörper waren erweicht. Erhalten hiervon sind die hinteren zwei Drittel des Linsenkörpers, der inneren Kapsel, der Vormauer und der äusseren Kapsel.

Das Grosshirn wog ohne Tumor 1010, das Kleinhirn 130 Gramm.

Angesichts dieser hochgradigen Zerstörung ist die Spärlichkeit der Symptome allerdings bemerkenswerth. Jehn.

Pathologie des Nervensystems.

6) Hypnose und Katalepsie bei einem hysterischen Mädchen von Langer. Aus der ersten medicinischen Klinik in Wien. (Wiener medicin. Wochenschrift 1882. No. 18.)

Von dem bei einer 19jährigen Hysterischen beobachteten, dem allgemein geläufigen Bilde des genannten Symptomencomplexes in allen Theilen entsprechenden Falle erscheinen nur die auffälligen Mittheilungen des Verf. über die Verhältnisse der electrischen Erregbarkeit von Interesse: Während der Anfälle von kataleptischer Muskelstarre war „die muskuläre Erregbarkeit durch inducirte Ströme beträchtlich herabgesetzt, in den schwereren Anfällen fast gänzlich erloschen."

Galvanische Erregbarkeit im Anfall beträchtlich gesteigert; bei directer Application der Electroden auf den Muskelbauch in einer Entfernung von 5 — 10 cm bei fünf Elementen „sehr energische Schliessungs- resp. Oeffnungszuckung", während in der anfallsfreien Zeit 20 Elemente und mehr nöthig waren, um den gleichen Effekt auszulösen. Die Erregbarkeitssteigerung war am evidentesten in den Armmuskeln, dann kamen Stamm — Oberschenkel — Unterschenkel — Hals und Gesicht. Anhaltende tonische Contractionen bei gleichbleibender Stromstärke wurden nicht bemerkt, nur beim Schliessen und Oeffnen der Kette eine oder mehrere kräftige Muskelcontractionen.

In der Thatsache, dass durch Application der Electroden auf die Stirn und auf einen Arm oder die Brust doppelseitige Muskelcontractionen hervorgerufen wurden, glaubt Verf. eine Bestätigung der Charcot'schen Mittheilungen über die Irritabilität der motorischen Rindenfelder bei der Hypnose erkennen zu dürfen. (Société des biologie 7. Januar 1882. cf. d. Centralbl. S. 60). (Die electrischen Untersuchungsresultate des Verf. erscheinen um so auffälliger, als Bestimmungen des Leitungswiderstandes durchgehends fehlen.) Kast.

Digitized by Google

7) Aural vertigo by Ch. H. Burnett, M. D. (Philadelphia med. times. June 3. 1882.)

Indem Verf. die anatomischen Verhältnisse der Ohrnerven bespricht, nimmt er an, dass der acusticus sowohl sensible wie motorische Nerven enthalte. Letztere seien sowohl mit dem Cerebellum durch die untern Parthien der pedunculi cerebelli, als auch mit den Nervenfasern der Ampullen der halbzirkelförmigen Canäle verbunden. Reizung dieser Ampullarnerven könne von sämmtlichen Theilen des Gehörorgans incl. des acusticus ausgehen; diese Reizung werde dann reflectorisch auf das Cerebellum übertragen und erzeuge Schwindel. So wäre also die Entstehung des unter dem Namen Ménière'sche Krankheit bekannten Symptomencomplexes auch auf Erkrankung anderer Theile des Gehörorgans, nicht nur der halbzirkelförmigen Canäle zurückzuführen. Die Symptomatologie der einzelnen Formen des Schwindels lässt sich aus der Symptomatologie der Erkrankungen der einzelnen Gehörorgangebiete herleiten. Neben der causalen Behandlung empfiehlt Verf. vor allem Bromkali. In der Debatte (Philadelphia county medical society) berichtet Verf. noch über folgenden interessanten Fall. Eine Frau litt an Taubheit und Schwindel mit der Tendenz nach vorwärts zu fallen, ohne nach einer Seite abzuweichen. Man fand Tumoren beider Acustici, die auf beide Labyrinthe übergingen. Smidt.

---

8) Atrophie of the muscles supplied by the fifth cranial Nerve etc. by Warner, London hospital. (Lancet. 1882. 7. Jan.)

Ein 52jähriger Gichtkranker zeigte als „zufälligen" Befund halbseitige Atrophie sämmtlicher von der rechten motorischen Quintusportion versorgten Muskeln verbunden mit Schwund des gesammten subcutanen Fettgewebes incl. des Fettpolsters in der Orbita. Der rechte Bulbus tief in seiner Höhle liegend bei intacter Beweglichkeit und guter Pupillenreaction, Temporalgruben eingesunken, Masseterwulst erheblich verdünnt. Kaubewegungen rechts abgeschwächt, laterale Motilität des Unterkiefers nicht nachweisbar gestört, Sensibilität und mimische Bewegungen intact (auch der Buccinator functionirt ungestört), keine vasomotorischen Erscheinungen, Schweisssekretion symmetrisch.

Anamnestisch liess sich nur feststellen, dass die Ernährungsstörung sich im Anschlusse an die im 20. Lebensjahre vorgenommene Operation eines (lipomatösen?) Tumors der rechten Scapulargegend allmählich sich schmerzlos entwickelt und Pat. niemals veranlasst hatte, ärztliche Hülfe nachzusuchen.

Die kurze Epikrise stellt den Fall in Analogie mit der progressiven Muskelatrophie im Gebiete der Spinalnerven und giebt der Hypothese Raum, dass der „Shoc" der Operation den Krankheitsprozess angeregt habe — eine Annahme welche er durch die nach seiner Meinung bei Arthritikern besonders erhöhte Uebertragbarkeit von Reflexvorgängen aus dem sensiblen Quintustheile auf seine motorische Portion stützen zu können glaubt. Kast.

---

9) Reports of medical and surgical practice in the hospitals and asylums of Great Britain and Ireland. (British med. Journal. May 13. 1882.)

I. Epilepsy: Auditory aurea. — National hospital for the paralysed and the epileptic, under the care of Dr. Gowers.

Zwei Fälle in denen subjective Gehörswahrnehmungen epileptische Anfälle einleiteten. Im ersten Fall brausendes Geräusch im linken Ohr, dann heftige Schmerzen im linken Bein, Bewusstseinsverlust. Durch Verstopfen des Ohres mit dem Finger gelang es dem Pat. häufig, den Anfall zu cupiren. Im zweiten Fall tickendes Geräusch im

Digitized by Google

rechten Ohr, durchschiessende Schmerzen von der rechten Schulter bis zum rechten Unterschenkel, dann, statt eines Krampfanfalls, Sprachlosigkeit und Schwäche der rechten Seite.

II. **A case of posthemiplegic hemichorea, variety Athetosis.** — Clinical hospital Manchester reported by T. C. Railton.

9jähriges Mädchen. Mit 11 Monaten 2maliger Bewusstseinsverlust mit rechtsseitiger Facialisparese und folgender rechtsseitiger Hemiplegie. Mit der Besserung der Lähmung im 5. Jahre Auftreten von Zitterbewegungen in der rechten Hand, die im Schlafe cessiren, häufige epileptoide Anfälle. Momentan permanenter Wechsel zwischen Extension und partieller Flexion der rechtsseitigen Finger, Spreizung und Schliessung, Pronation und Supination der Hand etc. Die Bewegungen werden bei Beobachtung oder Excitation der Pat. stärker, können durch energischen Willensimpuls abgeschwächt werden. Besonders starke Ataxie bei Versuchen, feine Gegenstände vom Boden aufzuheben. Besserung der epileptoiden Anfälle durch Bromkali.

Smidt.

---

10) **Nouveau fait de paralysie de la sixième paire avec déviation conjuguée dans un cas d'hémiplégie alterne** par J. Garel. (Revue de médecine. Nr. 7. Juillet 1882.)

Bei einem 64jährigen Manne trat plötzlich complete rechtsseitige Facialislähmung, sowie Parese des linken Arms und Beins ohne Sensibilitätsstörung ein. Dabei war die conjugirte Bewegung beider Augen nach rechts unmöglich, sowohl der rechte R. externus wie der linke R. internus erschienen gelähmt. Wenn Pat. dagegen ein nahe vor die Augen gehaltenes Object fixiren sollte, so machten die Augen eine ausgiebige Convergenzbewegung. Bei dieser Bewegung functionirte der linke R. internus also sehr gut, wenn auch vielleicht ein wenig schwächer, als der rechte. Drei Wochen später trat ein neuer apoplectischer Zufall ein, die Sprache wurde sehr undeutlich, das Schlingen erschwert, retentio urinae trat ein und unter Respirationsstörungen erfolgte nach wenigen Tagen der Tod. Auf Grund einiger analoger, früher beobachteter Fälle (cf. besonders die Thèse von Graux, 1878) wurde die Diagnose auf eine Herderkrankung im Pons mit speciellem Befallensein des sog. gemeinschaftlichen Facialis-Abducenskerns gestellt. Die Section ergab in der That eine Thrombose der Art. basilaris und einen ziemlich ausgedehnten Erweichungsherd in den unteren Partien der Brücke, welcher vorzugsweise die rechte Hälfte derselben einnahm, nach vorn sich bis in die Gegend des rechten Abducenskerns erstreckte und auch noch etwas auf die obersten Abschnitte der Oblongata überging. Dieser Befund, zu einer strengen Beweisführung freilich zu ausgedehnt, widerspricht aber wenigstens nicht der Meinung Graux's, dass der Abducenskern das Centrum für die conjugirten Augenbewegungen darstellt. Von jedem Abducenskern müssten dann Fasern zum Oculomotoriuskern der andern Seite gehen und nur von dem ersteren Kerne aus wäre eine gleichzeitige Innervation des R. externus der einen und R. internus der andern Seite möglich. Bei einer Affection des rechten Abducenskerns z. B. wäre die conjugirte Bewegung beider Augen nach rechts unmöglich, während bei der Convergenzbewegung beider Augen, wie in unserm Fall, der linke R. internus direct vom Oculomotorius aus sehr wohl innervirt würde. Verf. citirt übrigens noch einen Fall von Quioc (Lyon médical 1881), in welchem auch bei einer Läsion in der Nähe des Abducenskerns, ohne diesen selbst direct zu berühren, Aufhebung der conjugirten Augenbewegung beobachtet wurde.

Strümpell.

Digitized by Google

11) Contribution a l'étude des lésions cérébrales localisées au lobule de l'insula par Mm. Raymond et A. Brodeur. (Revue de médecine. Juillet 1882. Nr. 7.)

Die Verff. berichten drei Fälle von umschriebenen Affectionen (zwei Blutungen, eine Erweichung) der rechten Insel. In allen Fällen bestand eine ohne stärkeren apoplectischen Insult eingetretene linksseitige Hemiplegie: Lähmung des Arms, Parese des Beins, Facialis und Sprache intact. Keine Störung der Sensibilität und der Reflexe. In allen Fällen trat rasch der Tod ein. Die Section ergab die oben genannten Veränderungen in der Rinde der rechten Insel und der benachbarten weissen Substanz bis zur Vormauer. Ein Zusammenhang dieses Gebiets mit den bekannten motorischen Bahnen des Gehirns ist noch nicht nachgewiesen. Strümpell.

---

12) Gehirnerweichung nach Vergiftung mit Kohlendunst von Dr. Pölchen, Danzig. (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 26.)

Frau A. Ulfert wird durch Kohlenoxyd vergiftet, ist zwei Tage bewusstlos, aber nach acht Tagen wieder arbeitsfähig, obwohl die Sprache noch „sehr mühsam" ist.

Vom 26. Tage nach der Vergiftung an wird die Patientin apathisch, willenlos, fast sprachlos, der Körper steif, die Extremitäten in Beugecontractur, besonders rechts. Zuletzt Somnolenz, Blasen- und Mastdarmlähmung, Decubitus und Pneumonie, Tod.

Die Section ergab „ein blasses, ziemlich feuchtes Gehirn; in beiden Corpora striata, entsprechend der inneren Kapsel und zum Theil im mittleren Gliede des Linsenkerns, völlig symmetrisch auf beiden Seiten, ein gelber Erweichungsherd 1·5 Cm lang und 0·5—1·0 Cm breit." An den Herzklappen nichts Abnormes.

Verf. stellt noch neun Fälle von Kohlenoxydvergiftung, Beobachtungen von Klebs und Simon, zusammen, in denen sechsmal Erweichungsherde im Gehirn gefunden wurden, dreimal nur starke Hyperämie. — Als anatomische Ursache fand Klebs Verstopfung der kleinen Gefässe durch Blutaustritt in die Adventitia. Verf. betont besonders die Verfettung der Intima und den dadurch herbeigeführten Elasticitätsverlust des Gefässes. Hadlich.

---

13) Zur Kenntniss der motorischen Hirnfunctionen von Prof. M. Rosenthal. (Med. Jahrb. der k. k. Gesellsch. d. Aerzte in Wien. 1882. S. 449.)

In seiner dem Nachweise, dass die Ganglien des Streifenhügels nichts mit der Leitung der Willensimpulse zu thun haben, gewidmeten Arbeit bespricht R. zuerst die bisher vorliegenden anatomischen und pathologisch-anatomischen Thatsachen und giebt dann im Capitel der klinischen Beweise mehrere eigene Beobachtungen.

I. Vollständige Zungenlähmung bei erhaltener Intelligenz und Motilität der Gliedmassen. Beiderseitige Läsionen des unteren Endes der vorderen Central- und angrenzenden Stirnwindungen. Mehrfache Erweichungsherde im oberen Antheile des linken Streifenhügels.

II. Chronische Hirnhyperämie, Schlaflosigkeit, Verfall der Intelligenz ohne jegliche motorische Störung. Das linke Corp. striat. incl. eines Theils der Cauda breiig erweicht.

III. Tobsuchtartige Anfälle ohne jegliche Paralyse; sarcomatöse Entartung beider Linsenkerne.

Im Weiteren bespricht R. die bisher vorliegenden Thatsachen über die motorischen und sensiblen Functionen der inneren Kapsel.

In einem dritten Capitel bringt er bestätigende Beiträge zu seiner These seitens der Beobachtung über Ventrikelapoplexie.

Digitized by Google

IV. 36jähriger Mann, nach längerer Einwirkung der Julisonne Bewusstlosigkeit; bei der Aufnahme Bewusstsein vorhanden, Sprache und Motilität intact; Schwere des Kopfes, Mattigkeit; nach acht Tagen Tod ohne Zeichen von Krampf oder Lähmung. Section. Am Kopfe des rechten Streifenhügels mandelgrosses Extravasat, der Kopf theilweise vom Schweife abgetrennt; Ruptur nach vorn vom Kopfe in den Seitenventrikel; Capsula int. und Linsenkern frei.

V. 52jähriger Mann, vor zwei Monaten vorübergehende Bewusstlosigkeit, Lähmung der linken Körperseite; bei der Aufnahme linksseitige Facialisparese und Hemiplegie, incomplete Hemianästhesie, Intelligenz und Sprache nicht merklich gestört; in der nächsten Zeit merkliche Besserung, etwa drei Monate später plötzlich Bewusstlosigkeit, unregelmässige stertoröse Athmung, am linken paralytischen Arm zeitweise Zuckungen, rechts nach flüchtigen Lähmungserscheinungen Beugecontractur des Arms, Streckcontractur des Beins; Cheyne-Stokes, Temperatur vor dem wenige Stunden später erfolgenden Exitus 43 ^{0} in axilla. Section: Nussgrosser älterer Blutherd, die äussere Fläche des Thalamus, den grössten Theil des Corp. striat. und die zwei innern Linsenkernflächen einnehmend; frische Blutung an Stelle des linken Sehhügels und Linsenkerns, Zerreissung der Capsul. int.; Durchbruch in den linken Ventrikel; Blut in allen Ventrikeln, in den Meningen an der Basis sowie im Sack der Dura spinalis bis nach unten.

Die von Nothnagel (Top. Diagnostik 1879. S. 516) aufgestellte Symptomatologie des Ventrikeldurchbruches ergänzt R. dahin, dass wenn die tetanische Starre an beiden Körperhälften auftritt, dies mehr für Durchbruch in einen Ventrikel mit Ueberschwemmung des andern spricht als für zwei Blutherde; das Fehlen der Muskelstarre erklärt R. durch Intactheit der Capsula int., das Vorhandensein derselben durch Reizung der Pyramidenfasern bei Läsion der Capsula int. A. Pick.

---

14) Ueber sogenannte symmetrische Gangrän (Raynaud's „locale Asphyxie und symmetrische Gangrän"). Eine klinische Studie von Dr. M. Weiss. (Ztschr. f. Heilk. Bd. III. H. 3 u. 4. S. 233. 1882.)

In Verbindung mit einer monographischen Behandlung der genannten Affection berichtet W. über folgenden Fall:

Frau, schwere neuropathische Belastung, in den ersten vier Lebensjahren eclamptische Anfälle, gute Intelligenz, leicht gemüthlich erregbar, zu 14 Jahren Anfälle von Hustenkrampf, die auch durch Anblasen, Berühren gewisser Körperstellen (Nacken) provocirt werden, Menses normal, Heirath zu 21 Jahren, seither vier normale Geburten; Beginn des Leidens 1871 nach Typhus; unregelmässige periodische Schmerzanfälle in den oberen Extremitäten, besonders heftig in den Fingerspitzen; später in deren Gefolge Anschwellungen einzelner Fingergelenke, meist jedoch alle Finger, selbst die Hand und öfters auch den Unterarm einnehmend, Haut daselbst glänzend, nicht geröthet; Dauer der Geschwulst mehrere Stunden bis zwei Tage, Zahl dieser Anfälle bis zur Gegenwart unzählige. Später Anfälle, in welchen in Folge oft unbedeutender sensibler Reize oder psychischer Erregung die Finger weiss, kalt, steif („todt") werden und der Sitz unangenehmer Sensationen sind; ferner im Anschluss an neuralgiforme Sensationen treten an den Fingerkuppen dunkelrothe Flecke auf, denen sich eine Verschorfung der betreffenden Stelle anschliesst; auch diese Anfälle waren unzählig; die Dauer bis zur Vernarbung betrug oft über vierzehn Tage, einmal mehrere Wochen. Ein ähnlicher Prozess wurde einmal (1876) am linken Nasenflügel beobachtet. Gleichzeitig mit den beschriebenen Anfällen ging in ununterbrochener Kette ein Abfallen der rissig werdenden und sich verfärbenden Fingernägel und ein Nachwachsen neuer vor sich; vor sechs Jahren eine angeblich rheumatische linke Facialislähmung, die nach vier Wochen spontan verschwand; zeitweise Kopfschmerz

Digitized by Google

und gastrische Krisen. Allgemeinbefinden gut, Zunahme an Körperfülle. Mai 1880 rechts Pneumonie, normaler Verlauf, in der Reconvalescenz Rückenschmerz, die rechte Rumpfhälfte einnehmend, nicht an bestimmte Nerven gebunden, keine Schmerzpunkte. Durch Aufenthalt in Ischl, mässige Kaltwasserbehandlung günstig beeinflusst, nach vier Wochen Schwere und Pelzigsein, später Schwellung des linken Beins, Gehen beschwerlich. Status (3. September): Das linke Bein bildet einen plumpen Kegel, die Differenz gegenüber dem rechten zwischen 3—$6^1/_2$ cm; linker Fuss frei. Haut über der Schwellung gespannt, derb, blass, bei Fingerdruck seichte Grube, Kniegelenk deutlich fluctuirend, nicht schmerzhaft; einzelne Stellen hyperästhetisch, sonst keine sensible Störung, Motilität nur durch die Schwellung gestört; Venen und Arterien frei; Temperatur an dem linken Bein um 0,4—0,6 niedriger als rechts. Therapie: Kaltwasserbehandlung, Galvanisation, Massage, horizontale Lagerung, Druckverband, Tct. Fowler. Bedeutende Besserung nach zwei Monaten; im Anschluss an eine melancholische Verstimmung Exacerbation; 6. November heftige von der Lendengegend in das linke Bein ausstrahlende Schmerzen mit Wiederkehr der früheren Erscheinungen mit Ausnahme des Ergusses ins Kniegelenk; 15. November Schwellung von der Mitte des rechten Oberarms bis zum Handgelenk mit Erguss ins Handgelenk; beide nach wenigen Tagen geschwunden; die Erscheinungen am linken Bein bis jetzt noch nicht gänzlich beseitigt. Januar 1881 neuralgiforme Schmerzen im Bereiche des vierten unteren Hals- und der ersten Brustnerven, sieben Tage später an der Pulpe des linken kleinen Fingers beginnende trockene Grangrän, die nach vier Wochen das ganze dritte Glied ergriffen, das sich allmählich abstösst; daneben in den Fingern Parästhesien, Schmerzen. Herz und Gefässe normal. Allgemeinbefinden anfänglich durch die Schmerzen gestört, später sehr gut. 23. Juni, nach einer Reise heftige Schmerzen in beiden Armen, Hyperästhesien, darnach Gangrän zweier Endphalangen; am linken Zeigefinger geht der Mortification nebst den Schmerzen andauernde krampfhafte Contractionen der Venen vorher. Später an den Händen verschiedene Sensibilitätsstörungen: Bedeutende Herabsetzung des Temperatursinns, Gemeingefühl der Schmerzempfindung und faradocutanen Sensibilität, Ortssinn und Tastgefühl intact, Verlangsamung der Schmerzempfindungsleitung und Incongruenz der Leitung für Schmerz- und Tasteindrücke an einzelnen Stellen. Zunehmende Schwäche der Mm. interossei sowie der Musculatur der Daumen- und Kleinfingerballen an beiden Händen, proportionale Atrophie der betroffenen Muskeln, Abnahme der faradischen und galvanischen Erregbarkeit bis zum Erlöschen der ersteren, keine qualitative Aenderung; mit der Begrenzung der Gangrän allmähliche Restitution der Störungen der Motilität, Ernährung und electromusculären Erregbarkeit. — Ausserdem fanden sich zeitweise auftretende erythematöse Flecken an den Händen und waren endlich die schon früher beschriebenen Gelenks- und Nagelaffectionen gleichzeitig zu beobachten.

Aus der folgenden Zeit sind noch zu berichten: Kurzdauernde Gelenkaffectionen, Lähmungserscheinungen im Gebiete des linken Halssympathicus und superficielle Gangrän an der linken Wange, später auch an der rechten und einmal beiderseits gleichzeitig; eine mit der Rückbildung der Lähmungserscheinungen des linken Halssympathicus zusammenfallende acute Atrophie der linken Gesichtshälfte, charakterisirt durch einen Schwund der Weichtheile, der binnen wenigen Tagen das Bild der Hemiatrophia facialis hervorrief; vorzüglich betroffen ist dabei das Fettgewebe; Nerven und Muskeln zeigen normales electrisches Verhalten; Motilität und Speichelsecretion nicht gestört. Fast gleichzeitig entwickelte sich eine superficielle Gangrän am Gesässe und in der Kreuzbeingegend. Einen Monat später tritt plötzlich atactische Aphasie auf, welche 15—20 Minuten andauert und später noch einmal in der gleichen Weise auftrat. Während der ganzen Zeit Allgemeinbefinden befriedigend, kein Fieber; später treten auch an den Füssen den früher geschilderten ähnliche vasomotorische und trophische Störungen auf. —

Unter Uebergehung der weitläufigen Begründung setzen wir W.'s Deutung der

Digitized by Google

Pathogenese der Affection hierher: Bei nervös belasteten Kranken wird zuweilen das vasomotorische Centrum reflectorisch oder automatisch in Hypertonie versetzt; die Folge davon ist excessive Erregung der Vasomotoren, die ihrerseits Gefässkrampf producirt. Von der Dignität der Theile, in welcher sich der Angiospasmus abspielt, werden nun die weiteren Erscheinungen abhängen. (Eine Doppeltafel bringt Abbildungen verschiedener Phasen der Gangrän sowie der Hemiatrophie.)

An den von W. über vorstehendes Thema gehaltenen Vortrag entspann sich im „Verein deutscher Aerzte in Prag" eine Debatte (Prag. med. Wchschr. 1882. Nr. 12, 13), in der Gussenbauer sich gegen die Bezeichnung „symmetrisch" als nicht zutreffend wendet, ferner gegen die Bezeichnung Gangrän, die nur das Endstadium des Prozesses darstellt; diesen betrachtet er als Folge einer vasomotorischen Störung.

Kahler bespricht die Analogie mit einem von Déjérine und Leloir beschriebenen Falle und die pathologische Anatomie und Pathologie der nervösen Hautaffectionen.

Pribram, der die Kranke zweimal untersucht, berichtet über seine Beobachtungen; er hielt die vasomotorischen Erscheinungen für die bei Weitem Ueberwiegenden und nimmt multiple Circulationsstörungen im Centrum an.

Weiss hält die Bezeichnung neurotische Gangrän für besser; gegen die Annahme vasomotorischer Störungen führt er das Fehlen solcher in einzelnen Fällen von Gangrän an und begründet seine Annahme einer Trophoneurose. Löwit bespricht die Frage der trophischen Nerven und die Bedenken, welche gegen die Annahme einer Trophoneurose sprechen. A. Pick.

15) Marantische Hirnsinusthrombose bei einem Kinde. Genesung. Von Voormann. (Deutsch. med. W. 1882. Nr. 36.)

Bei einem durch mehrwöchentlichen Brechdurchfall erschöpften Kinde konnte obige Diagnose aus dem Auftreten von motorischen Störungen — Tremor der Zunge, der rechtsseitigen Extremitäten, Opisthotonus, Strabismus convergens —, Somnolenz, Volumenzunahme des Kopfes und namentlich aus der Anschwellung und Thrombose der Vena temp. superf. mit Sicherheit gestellt werden. Die motorischen Störungen liessen mit dem Abschwellen der Vena temp. gleichzeitig nach; der Kopfumfang blieb noch lange abnorm gross; geistig steht das jetzt — zwei Jahr nach der Erkrankung — $4^1/_2$jährige Kind auf der Stufe eines zweijährigen. Schäfer.

16) Hémiplégie droite chez un enfant de 9 ans. Méningo-encéphalite. — Mort. — Sarcome névroglique de la protubérance compliqué d'hémorrhagie dans le côté gauche du pont de Varole par Pousson. (Progr. méd. 1882. Nr. 29.)

Ohne alle Vorboten und bei vollem Bewusstsein wurde ein bis dahin gesunder neunjähriger Knabe von rechtsseitiger Hemiparese incl. Mund- und Augenfacialis, mit secundärer Contractur und Atrophie, ohne Störungen der Sensibilität und Intelligenz befallen. — Nach drei Wochen stellten sich schwere Erscheinungen von Hirndruck mit nur ganz mässiger Temperaturerhöhung ein, die nach $1^1/_2$ Monaten unter rapider Abmagerung zum Tode im Coma führten. Die Section deckte ein Gliosarcom auf, das die linke Hälfte des Pons einnahm. In demselben war es zu einer Blutung gekommen, die bis an die basale Pia durchgebrochen war und hier eine circumscripte Meningitis mit sulzigem Exsudat erzeugt hatte. Hämorrhagien liessen sich durch den linken Hirnschenkelfuss bis zur innern Kapsel verfolgen. Tuczek.

Digitized by Google

Psychiatrie.

17) The epileptic change and its appearence among feebleminded children by Isaac. N. Kerlin. (The alienist and neurologist. July 1882.)

Unter 300 imbecillen Kindern zwischen fünf und sechzehn Jahren befanden sich 66 (22 %) epileptische, 156 (52 %) waren momentan nicht epileptisch, hatten aber epileptische Vorfahren, bei nur 78 (26 %) war der Idiotismus nicht mit Epilepsie, Chorea oder Paralyse complicirt. Unter letzteren waren sechs stumm, neun halb stumm, fünfzehn hatten unvollkommene Sprache, achtzehn unsichern Gang, neun waren taub, sechs hatten Sehstörungen, drei merklichen Hydrocephalus, sechs waren halb microcephal, drei hatten Muskeltremor. Nur fünfzehn waren ganz rein idiotisch. Bei der Epilepsie der Idioten fiel häufig das Abortive ihrer Aeusserung auf, sowie die Leichtigkeit, mit der die Krämpfe durch psychische oder reflectorische Reize ausgelöst werden, häufig waren ecstatische oder Angstzustände. Häufig war Eclampsie in der frühesten Kindheit der Vorläufer späterer Epilepsie. Ebenso fanden sich an Stelle epileptischer Krämpfe nicht selten paroxysmale Gewaltthätigkeit, Diebsgelüste, alle möglichen motorischen Störungen. Mehrere interessante Krankengeschichten illustriren das Gesagte.

Smidt.

---

18) Note on the essential psychic signs of general functional neuratrophia or neurasthenie by C. H. Hughes. (Ibidem. Sep.-Abdr.)

Als Symptom der Neurasthenie oder der „allgemeinen functionellen Neuratrophie trifft man häufig eigenthümliche Furchtzustände, je nach ihrer Art als Agoraphobie (Westphal), Gynephobie (Spitzka) etc. benannt. Sie finden sich zusammen mit Unentschlossenheit, Irritabilität, allgemeiner Schreckhaftigkeit, können aber nur die Diagnose sichern, wenn sie früher ganz normale Menschen betroffen. Später gesellten sich dann grundloser Argwohn, in schwereren Fällen Hallucinationen und Wahnideen hinzu und bilden den Uebergang zum Irrsinn sensu strictiori. Smidt.

---

19) Alternation, periodicity, and relapse in mental diseases by T. S. Clouston. (Edinburgh medical Journal. July 1882.)

Verf. bespricht einige 40 Fälle von typischer Folie circulaire, die er beobachtete. Etwa die Hälfte derselben zeigte eine monatliche Periodicität, ein Drittel eine halbjährige (seasonal), beide unregelmässig, der Rest war nicht so gesetzmässig.

In mindestens 90 % begann die Krankheit mit maniakalischer Exaltation. Bis auf einen Fall fällt der Beginn in die „active Sexualperiode“: Nur einmal war der Patient 70 Jahre alt beim Beginn seiner Krankheit. Bei fünf Patienten trat im Alter von 60—80 Jahren relative Heilung mit leichten geistigen Schwächesymptomen ein. Ein Fall endete in völliger Demenz. Zwei starben an Erschöpfung während der maniakalischen Periode. Im Ganzen fand V. eine gewisse Periodicität auch bei vielen andern Geisteskranken, um so ausgesprochener, je stärker die erbliche Belastung war. Wirkliche Folie circulaire fand sich fast ausschliesslich in den gebildeten Ständen. Besonders stark waren sogenannte alte Familien betheiligt, „deren Gehirne viele Generationen hindurch alle wohl erzogen waren“. In Betreff der Behandlung legt Verf. besondern Werth darauf, die maniakalischen Anfälle zu verkürzen und empfiehlt besonders Bromsalze mit Cannabis indica. Verschiedene interessante typische Krankheitsgeschichten sind ausführlich mitgetheilt. In einem Falle zeigte sich eine auffällige Abstumpfung der Sinnesorgane während der Depressionsperiode. Patient, ein Maler, hörte im maniakalischen Stadium leises Geflüster und malte ohne Brille, während er mit zunehmender Depression merklich tauber wurde und successive stärkere Brillen tragen musste. Smidt.

Digitized by Google

20) Anleitung zur experimentellen Untersuchung des Hypnotismus von Tamburini und Seppilli. Deutsch von Fränkel. Wiesbaden 1882.

Die Verff. beschreiben ausführlich ihr Verfahren bei der Hypnotisirung einer Kranken mit Hysteria major und die Beobachtungen, welche dabei gemacht werden konnten. Sie schildern die eigenthümlichen Erscheinungen an den Sinnesorganen, die Bewegungserscheinungen, die hochgradige Erregbarkeit der peripherischen Nervenstämme. Von den Wirkungen gewisser Mittel auf Empfindung und Bewegung werden angeführt die des Magneten, der Metalle, des Senfpapiers, sodann diejenigen der Kälte und Wärme. Ebenso werden analysirt das Verhalten von Athmung und Blutlauf im hypnotischen Zustande überhaupt wie besonders bei Application des Magneten, der Metalle, mechanischer und thermischer Reize. Aus den Schlussfolgerungen heben wir folgende Punkte hervor.

1) Die neuro-musculären Reizsymptome der Hysteria major kommen sowohl im hypnotischen wie im wachen Zustande vor und können in beiden Zuständen durch directen mechanischen Reiz (Fingerdruck) oder durch den Magnet auf Distanz zur Erscheinung gebracht werden.

2) Im hypnotischen Zustande sind diese Erscheinungen weit lebhafter und ausgedehnter.

4) Bei tiefem Schlafe ist die Analgesie allgemein, bei weniger tiefem Schlafe erhält sich die vorher bestehende Hemianästhesie; die andere Seite bleibt empfindlich.

5) Im hypnotischen Zustande äussern sich die motorischen Erscheinungen, locale wie allgemeine, vorzugsweise auf Application des Magneten.

12) Der Magnet, in Distanz auf die Brust oder Herzgrube gehalten, bewirkt im hypnotischen Zustand gewöhnlich unmittelbar einen vorübergehenden Stillstand der Athembewegungen (Apnoe).

In der Herzgegend bewirkt der Magnet vermehrte Herzthätigkeit, kräftigeren und grösseren Puls.

Der Arbeit sind Curventafeln beigegeben, welche Athem- und Pulsbewegungen illustriren sollen. Siemens.

Therapie.

21) Gegen Epilepsie empfiehlt David (Lyon médical. Mars 19. 1882.) zuerst sechs Monat lang 1,25 Gramm Kal. brom. mit 0,6 Ammon. bromat. dreimal täglich. Gleichzeitig nimmt Pat. morgens und abends 0,001 Gramm Atropin. sulf. Nach sechs Monaten

Zinc. valerian. 0,04
Extr. Belladonn. 0,006
Acid. arsenicos. 0,002
Extr. gentian. qu. s.

Täglich zwei Pillen zwölf Monate lang.

---

22) Sulla guarigione spontanea della epilessia del Ruggiero Tambroni. (Archiv. italiano per le malattie nervose. 1882. F. III. p. 174.)

Im Anschluss an die kurz wiedergegebene Mittheilung von Sponholz über spontane Heilung der Epilepsie (Centralbl. f. Nervenheilk., Psych. und Psychopathol. Februar 1882.) veröffentlicht Tambroni einen ähnlichen Fall, in welchem die Genesung, wie in dem Sponholz'schen, durch rasche physisch-intellectuelle Entwickelung der (jugendlichen) Individuen erklärt wird. John.

Digitized by Google

23) The therapeutic uses of the Herba Pulsatillae by Loris Shapter. (Practitioner. July 1882.)

V. hat eine Tinctur aus frischen Pulsatillablättern angeblich bei sehr verschiedenen nervösen Excitationszuständen, Eclampsie, Neuralgieen, Präcordialangst etc. mit Erfolg als Sedativum angewandt. Smidt.

24) Nerve-section in the treatment of neuralgia by William Cadge. (Brit. med. journal. July 15. 1882.)

V. theilt mehrere Fälle von Tic douloureux mit, in denen die Neurotomie zum Theil jahrelange Cession der Schmerzen bewirkte. Smidt.

25) Zur Therapie der Chorea.

Arturo Guzzoni (Rivist. clin. di Bologna. März 1882.) empfiehlt tägliche Anwendung der Regendouche.

Goodhart und John Phjlipps (Lancet 5. August 1882.) sahen gute Erfolge von der Massage (täglich zweimal 15—20 Minuten, wonach ins Bett zu legen) und Milchnahrung. M.

Forensische Psychiatrie.

26) Errori giudiziari per colpa di periti alienisti del Lombroso. (Archivio di psichiatria. 1882. 1. 2. p. 19.)

Der Aufsatz berichtet über celebre Gerichtsverhandlungen aus Italien, Frankreich und Spanien, welche Mordthaten, die unter den bizarrsten Verhältnissen begangen wurden, betreffen.

Nach der Darstellung L.'s scheinen allerdings die sämmtlichen Thäter geistig gestört gewesen zu sein. Die Sachverständigen haben sich aber nicht entschliessen können, die Unzurechnungsfähigkeit der Angeklagten bestimmt und klar auszusprechen und es erfolgte die Verurtheilung.

Besonderes Interesse bietet der letzte der mitgetheilten Fälle, welcher einen spanischen vielfachen Lustmörder betrifft.

Die traurige Berühmtheit, welche derartige Fälle jüngst in Deutschland erlangt haben, rechtfertigt die ausführliche Mittheilung desselben, zumal sich jeder Leser dann ein Urtheil über Lombroso's Meinung, dass es sich hier um einen Unzurechnungsfähigen gehandelt habe, bilden kann.

Diaz de Garagos Vater starb an Apoplexie, war dem Trunk ergeben, die Mutter litt an schwerer Neurose und pflegte sich zu betrinken. Er führte bis zum Jahre 1870 ein untadelhaftes Leben, nachdem er sich bereits 1850 zum ersten Mal, 1863 zum zweiten Mal verheirathet. 1870 verheirathete er sich zum dritten, 1876 zum vierten Mal, nachdem die Frauen gestorben. Von 1870—1880 hat er sechs Lustmorde begangen, meist an älteren Frauen, zum Theil Prostituirten, einmal an einem 13jährigen Mädchen. In der Regel würgte er sein Opfer erst, nachdem er mit demselben über den Preis der Prostitution in Streit gerathen, und schändete es dann. In vier weiteren Fällen blieb es bei dem Versuch der Ermordung. Nach dem Morden ging er ruhig an seine Arbeit; in dem letzten Fall riss er, nachdem er die 52jährige Bäuerin erwürgt und zu nothzüchtigen versucht, mit den Händen die Eingeweide und eine Niere heraus.

Verhaftet, schwieg er zuerst, gestand aber bald Alles ein.

Er war von ganz gewöhnlichem Typus; sanguinischen Temperaments, von regelmässiger Statur. Stirn war kurz und niedrig, oben zeigte sie eine tiefe Narbe. Augen lagen tief in den Höhlen, Nasenlöcher waren weit, besonders an der Spitze. Kopf hoch und gegen den Scheitel schmal, breit an der Basis, am Hinterhaupt abgeplattet, mit grösserer Entwicklung des rechten Parietaltheils gegenüber dem linken; Kinnbacken enorm stark, Schultern kräftig. Er war stets frisch und nüchtern während der ersten drei Viertel seines Lebens und mit Ausnahme einer Hydrocele und Samenfluss gesund.

Er war nicht sehr geschlechtlich erregt und hat die Befriedigung seiner Lust an demselben Opfer nicht mehr als einmal geübt. Er erklärte, dass er schon lange beim Anschauen

Digitized by Google

von Leichen Samenergüsse gehabt habe, ferner Geräusche im Kopf und Schwindel verspürt habe; wenn er Streit mit seinen Frauen gehabt habe, sei Nasenbluten eingetreten. Es wurde festgestellt, dass er in seinem Berufe recht geschickt gewesen, auch ein guter Gatte und Vater während der ersten dreizehn Jahre seiner ersten Ehe gewesen sei. Danach änderten sich seine Gefühle und Charakter, er verlor die Neigung zu seinen Söhnen und dachte nur noch an den Erwerb einiger Geldstücke um zu essen und zu trinken. Im Gefängnisse zeigte er gute Intelligenz. Da ihm ein Rasirmesser verweigert wurde, wusste er sich ganz gut vermittelst Schwefelhölzer zu rasiren; durch Verkürzung des Dochts gelang es ihm, sich eines Lichts zwei Monate lang zu bedienen. Er lernte in einem Monate lesen. Er schrieb an seine Frau ihn zu besuchen, um Geld von ihr zu erlangen. Während des Besuchs seiner Tochter schien er durch ihre Vorwürfe gerührt und erklärte, er trage keine Schuld; die Frauenzimmer hätten ihm den Kopf verwirrt.

Er zeigte nicht Scham, nicht Reue. Nur auf Essen war er bedacht. Gegen Besucher war er habgierig, sprach und berichtete die geringsten Einzelheiten, wenn sie ihm Geld oder Speisen gaben; wo nicht, so schwieg er. Am Tage vor der Hinrichtung verlangte er ein grosses Stück Fleisch mit Saucе und ass mit grossem Appetit, verzehrte dazu ein Pfund Brod ausser seiner gewöhnlichen reichlichen Ration. — Er blieb gefühllos, als er einen Haftgenossen zum Tode führen sah.

Er besass ein gutes Gedächtniss und meinte, wenn er das Buch „über die Gottesfurcht" früher habe verstehen können, statt unnütze Predigten anzuhören, so wäre er nicht in das Gefängniss gekommen. Er erinnerte sich eines antiken Grabmals, welches vor 50 Jahren entdeckt worden war.

Zehn Experten und ein Arzt, Ramon Apraiz, welche eine specielle Conferenz im Athenäum zu Vitoria abhielten, wollten beweisen, dass der Delinquent nicht geisteskrank sei, indem sie die völlige Logik seiner Handlungen anführten, sich auf die Erblichkeit und das Factum stützten, dass er nicht an Satyriasis leide, weil er nicht mehr als einmal jeweilig seine Lust befriedigt habe. Wäre er ein Monomane, so würde er nicht in so langen Zwischenräumen seine Thaten verübt haben und sich nicht durch Hindernisse haben zurückhalten lassen. Sie schlossen mit der Erklärung, „dass er mit vollem Bewusstsein und wirklicher sittlicher Freiheit gehandelt habe."

Nur zwei Irrenärzte, Esquerdo di Carabonquel und Zanchez di Toledo, hatten den Muth dagegen aufrecht zu erhalten, dass er geistesschwach sei, dass er die Missethaten im Zustande theilweiser Verrücktheit begangen habe und wir (Lombroso), die wir im „Uomo delinquente" und in unserer jüngsten Arbeit „L'amore nei pazzi" (Loescher 1881) bestätigen konnten, wie häufig in einzelnen Formen von Geistesschwäche (welche weder Vorbedacht, noch Hinterhalt, noch aussergewöhnliche Hinterlist ausschliesst) die „Necrofilomanie", die Sucht, im Todeskampfe begriffene Körper zu schänden und die Nothzucht auch während der Fortsetzung der Verwundungen auszuüben, vorkommt, selbst während des Zerfalls des Leichnams, was, wie (der Verbrecher) Verzeni eingestand, eine ganz besondere Wollust darbot, — wir finden den vorliegenden Fall vollständig erklärt durch Wahnsinn, wie dies wahrscheinlich auch bei Menescloud und Zastrow der Fall war. Und wir finden die Erklärung nicht so sehr in der Erblichkeit, als in der schlechten Beschaffenheit des Schädels und in dem Contrast zwischen dem früheren ehrbaren und mässigen Lebenswandel während 40 Jahren und der deutlich bewiesenen Ursache der Widerwärtigkeiten — nämlich der Tod der ersten, sowie den Ausschweifungen der zweiten, dritten und vierten Frau. Wir finden einen Beweis in den Schwindeln, in dem, im Gefolge von Streitigkeiten eintretendem, Nasenbluten, und in den abnormen geschlechtlichen Verhältnissen, welche häufig Hallucinationen und instinctive tobsüchtige Thaten reflectorischen Ursprungs hervorrufen (wir erinnern an die Mania masturbatoria, hysterica und menstrualis von Krafft-Ebing) und in dem Missverhältniss zwischen der Ursache zur Unthat und dem Verbrechen selbst.

Und überdies hatte der Delinquent durch seine vier Frauen und sein vorgerücktes Alter doch einen Zügel und Ausweg für seine zu starke Sucht nach Wollust, wenn sie überhaupt bei ihm anwesend war; und dies um so mehr, als es sich fast immer um Prostituirte handelte, bei welchen er selbst, wenn die Nothzucht entdeckt worden wäre, keine grosse Gefahr lief und sicher eine geringere als bei der Ermordung.

Mithin fehlte hier das logische Verhältniss zwischen der That und dem Beweggrunde. Hierzu kommt noch, dass es sich mehrfach um alte und gebrechliche Personen handelte, welche solche, wenn nicht abnorme, vehemente Lüsternheit hervorzurufen nicht im Stande gewesen wären. Und wenn er ein Opfer tödtete, so geschah dies, weil der Geschlechtstrieb so wenig erregt war, dass es nicht zur Befriedigung kam (?). Noch ist zu bemerken, dass zwischen fast seinen sämmtlichen Verbrechen ein etwa jährlicher Zwischenraum vorhanden war, wie bei denen des Verzeni, welche nämlich im März zwei, im Juni und August fünf und zwei im September, mit alleiniger Ausnahme des November vorkamen.

Aber mehr als Alles verdient die völlige moralische Apathie Beachtung, welche ihn, der stets ehrenhaft gewesen, bei solch grässlichen Missethaten gleichgültig liess, sowie seine Apathie bei der Verurtheilung und Hinrichtung.

Digitized by Google

Ausserdem bleibt noch der ausserordentliche Heisshunger bemerkenswerth, welcher zu den Merkmalen schwerer Geisteszerrüttung gehört.

Und trotzdem wurde er verurtheilt, und wir behaupten, dass das beinahe einstimmige Gutachten der Sachverständigen daran die Schuld trägt." Gezeichnet: „Lombroso."

Jehn.

Anstaltswesen.

27) Ueber die staatliche Fürsorge für Epileptiker von Prof. Dr. F. Jolly. (Arch. f. Psych. XIII. S. 311.)

Verf., der die Frage der Pflege und Versorgung der nicht der Irrenanstalt bedürfenden Epileptiker behandelt, theilt dieselben nach den dabei in Betracht kommenden Gesichtspunkten in vier Kategorieen:

1) Epileptiker, welche der Spitalspflege nicht bedürfen, für welche aber doch eine bestimmte Form der öffentlichen Fürsorge wünschenswerth ist; zu diesen rechnet er die nicht geisteskranken, nicht allzuhäufig von Anfällen heimgesuchten, arbeitsfähigen Epileptiker und fordert für dieselben poliklinische Behandlung mit unentgeltlicher Ordination und Medicamenten-Verabfolgung.

2) Epileptiker, welche nur vorübergehend in Anstalten aufgenommen werden müssen; unter diese subsumirt er solche mit transitorischer Geistesstörung und arbeitsunfähige in Folge gehäufter Anfälle; für diese verlangt er Epileptikerstationen in den allgemeinen Krankenhäusern; diesen würde auch die poliklinische Behandlung der erstgenannten Kategorie zufallen.

3) Epileptiker, welche für längere Zeit oder dauernd zu hospitalisiren sind; dazu gehören nach Ausschluss der chronisch geisteskranken aufgeregten Epileptiker, welche in die Irrenanstalt gehören, solche, welche durch häufige Anfälle oder durch chronisches Siechthum in Folge derselben oder durch einen gewissen Grad von Geistesschwäche erwerbsunfähig sind; für diese fordert J., je nach der Zahl der zu Verpflegenden, Pflegeanstalten für Epileptiker oder besondere Abtheilungen bei allgemeinen Pflegeanstalten.

4) Jugendliche Epileptiker (bis 16 Jahr); für diese besondere Stationen, am besten an Idiotenanstalten, eventuell bei Pflegeanstalten. A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

Die Jahressitzung des Vereins der deutschen Irrenärzte fand, unter Betheiligung von 40 Mitgliedern und unter dem Vorsitz des Geh. Rath Prof. Nasse (Bonn), am 15. und 16. September in Eisenach statt.

Der erste Punkt der Tagesordnung betraf den Bericht des Vorstandes über Ausführung früherer Vereinsbeschlüsse. Sodann beschloss die Versammlung nach längerer Discussion über einen diesbezüglichen Antrag Fürstner's einstimmig, „den Vorstand zu beauftragen, noch einmal in demselben Sinne, wie dies im Jahr 1878 geschehen und mit den neuen Gründen, die ihm zu Gebote stehen, eine Petition an das Reichsamt des Inneren zu richten um Aufnahme der Psychiatrie als Prüfungsgegenstand in die demnächst zu veröffentlichende Prüfungsordnung."

Aus dem sehr eingehenden Referat von Pelman (Grafenberg), betreffend „die Fürsorge für die Epileptischen vom irrenärztlichen Standpunkte aus", seien hier einige Zahlen mitgetheilt, die den Umfang dieser Fürsorge erläutern. Im Mittel beträgt die Zahl der Epileptiker 1,5 pro mille. Das ergiebt für Preussen 40000, für das Deutsche Reich 67500 Epileptiker. Das Verhältniss der Geschlechter ist ungefähr gleich; bei 70 % aller Kranken fällt die Entstehung der Krankheit vor das 21. Lebensjahr und bei 12 % geht sie bis zu den drei ersten Lebensjahren zurück; die Epileptiker sterben meist vor dem 50. Lebensjahr.

Digitized by Google

In Preussen gab es Ende December 1876 unter 14 953 Geisteskranken in öffentlichen und Privatanstalten 1141 geisteskranke Epileptiker (7,7 %); im Durchschnitt ist $^1/_{10}$ der Epileptiker zugleich geistesgestört. Für 1,5 auf 10 000 Einwohner liegt ein Bedürfniss zur Versorgung Epileptischer vor. In der Discussion stellten sich nicht unbedeutende Meinungsverschiedenheiten heraus; besonders wurde auch vor zu lauter Betonung der Privatwohlthätigkeit gewarnt; schliesslich beauftragte der Verein, „indem er die Nothwendigkeit einer besseren und umfassenderen Fürsorge anerkennt, den Vorstand, unter Zuziehung geeigneter Mitglieder, mit einer neuen Prüfung und Berichterstattung in der nächsten Versammlung".

Schwaab (Werneck) brachte die Versorgung der geisteskranken Invaliden des Krieges 1870/71 noch einmal vor das Forum des Vereins, welcher indessen der Ansicht war, dass eine Nothwendigkeit, in dieser Angelegenheit gemeinsame Schritte zu thun, nicht vorliegt.

Ueber „die Versorgung geisteskranker Verbrecher" erstattete Zinn (Eberswalde) ein äusserst umfassendes Referat. Nach einer lebhaften und sehr langen Discussion, kam die Versammlung schliesslich auf die Anträge Zinn's zurück, die sie ihrem ursprünglichen Wortlaut nach en bloc annahm: Der Verein der deutschen Irrenärzte beschliesst

I. Die Regierungen der deutschen Bundesstaaten zu ersuchen:

1) Vorsorge treffen zu wollen, dass an acut auftretenden und rasch verlaufenden Formen von Geistesstörung erkrankte Straf- und Untersuchungsgefangene in den Strafanstalten und Gefängnissen für die Dauer ihrer Krankheit eine angemessene psychiatrische Behandlung und Pflege finden;
2) dahin zu wirken, dass in dem in Vorbereitung begriffenen Reichsgesetz, betreffend die Vollstreckung von Freiheitsstrafen die Fürsorge für die geisteskranken Strafgefangenen in einer den Anforderungen der öffentlichen Irrenpflege entsprechenden Weise geregelt werde; bis zum Erlass eines solchen Gesetzes aber von sich aus Anordnungen zu treffen, dass wenigstens alle gefährlichen geisteskranken Verbrecher den Irrenanstalten fern gehalten werden.

II. Den Herrn Reichskanzler zu ersuchen,

1) veranlassen zu wollen, dass in dem in Vorbereitung begriffenen Reichsgesetz, betreffend die Vollstreckung von Freiheitsstrafen, die Fürsorge für geisteskranke Strafgefangene in einer den Anforderungen der öffentlichen Sicherheit, sowie der öffentlichen Irrenpflege entsprechenden Weise geregelt werden;
2) zu dem Zweck das kaiserliche Gesundheitsamt anzuweisen, die erforderlichen Ermittelungen anzustellen und sich auf Grund derselben gutachtlich zu der Frage zu äussern."

Die Verhandlung über den vorjährigen Vortrag von Siemens (Marburg), „über die practischen und rechtlichen Verhältnisse bei Entweichung von Geisteskranken aus den Anstalten" drehte sich um die beiden Fragen: 1) hat die Anstalt das Recht, eventuell sogar die Pflicht, Zwangsmassregeln gegen Kranke ausserhalb der Anstalt anzuwenden; 2) wer hat bei der Wiedereinbringung entwichener Kranken die Kosten zu tragen? Ueber ein Recht der Anstalt über ihr Gebiet hinaus waren die Meinungen getheilt; allgemein aber wurde der Standpunkt vertreten, dass es in solchen Fällen das Practischste ist, die Anwendung von Gewalt ausschliesslich den Organen der öffentlichen Sicherheit zu überlassen, denen allerdings ungesäumt Mittheilung von der Entweichung zu machen sei. — Ferner sei es opportun, die Kostenfrage von Fall zu Fall zu entscheiden und Gehässigkeiten durch Uebernahme der Kosten auf die Anstalt vorzubeugen.

Tuczek (Marburg) hielt einen Vortrag „zur Lehre von der Hypochondrie". Derselbe resumirt sich dahin, dass es eine hypochondrische Seelenstörung als solche nicht gebe; dass hypochondrische Wahnideen unter dem Charakter der Melancholie oder der Verrücktheit in vielen einfachen und complicirten Psychosen vorkommen,

Digitized by Google

ohne dass der hypochondrische Charakter der Wahnideen wesentlich wäre für die klinische Stellung der Psychose; dass die hypochondrische Melancholie nicht in Verrücktheit („Wahnsinn"), die hypochondrische Verrücktheit nicht in Blödsinn übergehe; endlich dass es ein einfach hypochondrisches Vorstadium, aus dem sich Melancholie oder Verrücktheit entwickeln könne, nicht gebe.

Gnauck (Berlin) sprach „über den Werth des Hyoscyamins für die psychiatrische Praxis". Er theilt seine Erfahrungen über die verschiedenen Präparate mit und empfiehlt das bessere (theuerere) Präparat des Hyoscyamin. crystallisatum von Merck in Darmstadt in Dosen von 0,01—0,03 (vorsichtiger mit 0,005 anzufangen!) subcutan für Fälle hochgradiger Aufregung, wo Morphium nichts nützt und ein innerliches Mittel nicht beigebracht werden kann. Er hat es als Schlaf- und Beruhigungsmittel vielfach erprobt und nur bei Erkrankungen des Gefässsystems und bei Schwächezuständen Bedenken, es anzuwenden. Ein Zusatz von Aqua Laurocerasi macht die Leistung haltbarer.

Laehr (Schweizerhof) bespricht die Frage: „was soll mit Untersuchungsgefangenen nach Feststellung der Psychose geschehen?" Im Verlauf der Discussion stellt sich die allgemeine Ansicht heraus, dass die darüber bestehenden Bestimmungen ausreichen. Tuczek.

Aus der Section für Psychiatrie und Neurologie der Naturforscherversammlung 1882.

I. Sitzung am 19. September.

Vorsitzender: Obermedicinalrath Prof. von Gudden.
Schriftführer: Dr. Tuczek.

1) Tuczek „zur Lehre vom Durhämatom" (mit Demonstration). Das besondere Interesse des Falles bestand in dem Fehlen aller halbseitigen Druckerscheinungen, obgleich ein sehr umfangreiches abgeschlossenes Hämatom der Dura mater gerade der motorischen Region der rechten Hemisphäre aufsass und zu ganz bedeutender Formveränderung durch Abplattung und Einwärtsdrängung fast des ganzen Stirnlappens, der Centralwindungen und des Scheitellappens geführt hatte. Aus der bedeutenden Rolle, welche die Cerebrospinalflüssigkeit bei der gleichmässigen Vertheilung des Hirndrucks spielt und aus der halbflüssigen Consistenz des frischen Gehirns, sucht der Vortr. es zu erklären, dass es bei den Erscheinungen des allgemeinen Hirndrucks bleiben konnte.

Er bespricht sodann die Pathologie des Hirndrucks, mit Berücksichtigung der Naunyn-Schreiber'schen Experimente und die über die Genese der Neuritis descendens optica bei Hirntumoren bestehenden Anschauungen. In dem vorliegenden Falle war intra vitam und post mortem beiderseitige Stauungspapille mit frischen Netzhautblutungen nachgewiesen worden; Blutungen in die Opticusscheide wie in den Fürstner'schen Fällen von Pachymeningitis hämorrhagica lagen nicht vor; wohl aber Trübungen und Verdickungen der basalen Meningen und Verwachsung der Nn. optici mit ihrer Scheide; der neueren Huguenin'schen Anschauungen über die Störungen exponirter Hirnnerven bei Meningitis und bei Hirntumoren wird dabei gedacht. Die im Laufe der Krankheit aufgetretene beiderseitige Anosmie und die gefundene Atrophie der Nn. olfactorii wäre nach Huguenin als Neuritis olfactoria zu deuten. — Im Hinblick auf die von Fürstner nachgewiesenen Blutergüsse in die Opticusscheide und die von Moos bei Pachymeningitis haemorrhagica beschriebenen Blutungen im Labyrinth wird die Vermuthung aufgestellt, dass es auch in den mit dem Subduralraum zusammenhängenden Scheidenräumen des Opticus und accusticus zur Bildung von Pseudomembranen und Blutung durch Ruptur der neugebildeten Gefässe kommen

Digitized by Google

könne. Die Anwesenheit von Zucker und Eiweiss im Harn wird als Theilerscheinung des allgemeinen Hirndrucks auf den Boden des IV. Ventrikels bezogen.

2) v. Gudden „Ueber die Verbindungsbahnen des Kleinhirns" (mit Demonstrationen). Durch neue Versuche an neugebornen Kaninchen ist es v. G. gelungen, folgendes nachzuweisen:

1. Bei Exstirpation einer Kleinhirnhemisphäre schwindet vollkommen das Corpus restiforme mit seinen drei Kernen (dorsaler, lateraler und ventraler oder Deiters'scher Kern) auf der operirten Seite, die untere Olive auf der entgegengesetzten Seite, ferner atrophirt die Kleinhirnseitenstrangbahn der operirten Seite; 2. der Bindearm geht vollkommen in den Zellen des rothen Kerns auf; 3. bei Wegnahme des Kleinhirns findet man weder im Brückenarm noch im Grosshirn Veränderungen, ebensowenig wie im Kleinhirn und secundären Organen nach Wegnahme des Grosshirns. Kleinhirn und Grosshirn stehen also in keinem directen Abhängigkeitsverhältniss. Vortragender erläutert diese Befunde durch Präparate und Zeichnungen und spricht sich über die Unzulänglichkeit der anatomischen Methoden mit Ausdrücken der Verwunderung darüber aus, wie es Andern möglich ist, aus dem sinnverwirrenden Faserfilz, wie dies z. B. der Brückenarm darstellt, klare Bilder über den Faserverlauf zu bekommen.

3) Binswanger „Ueber Zwangshandlungen". B. berichtet über drei Fälle, in denen er Zwangshandlungen scheinbar ohne Störungen des Empfindens und des Vorstellens und mit vollem Bewusstsein des krankhaften, sowie ohne irgend welche epileptoide Erscheinungen beobachtete, in zwei Fällen ohne irgend welche weitere Zeichen einer Psychose, in einem Fall als Vorläufer einer ausgebildeten Verrücktheit. In der Discussion glaubt Meschede an einer isolirten Erkrankung der Willenssphäre für einzelne Fälle festhalten zu dürfen, während v. Gudden davor warnt; alle krankhaften Handlungen resultirten aus krankhaften Empfindungen oder krankhaften Vorstellungen; er ist mit Moeli der Ansicht, dass den B.'schen Fällen ein primäres Angstgefühl zu Grunde lag; in dem einen Fall wurde auch ausdrücklich betont, dass der Anfall mit einem nagenden Gefühl in der Herzgegend begann.

(Schluss folgt.)

IV. Bibliographie.

Die neuropathischen Dermatosen. Von E. Schwimmer. (240 Seiten mit sechs Holzschnitten. Wien und Leipzig. Urban & Schwarzenberg. 1883.)

Jeder Neuropathologe wird gewiss den seitens eines hervorragenden Kenners der Hautkrankheiten gemachten Versuch einer systematischen, zusammenfassenden Darstellung der neuropathischen Dermatosen als in hohem Grade erfreulich begrüssen. Wie überall, wo es sich um Grenzgebiete handelt, muss die Bearbeitung derselben, um erfolgreich zu sein, möglichst gleichmässig von beiden Seiten in Angriff genommen werden. Es lässt sich nun nicht leugnen, dass, während von neuropathologischer Seite vielfache — und vielleicht nicht immer allzu solide — Annäherungsversuche in dieser Richtung gemacht wurden, man sich auf der anderen Seite, im Heerlager der Dermatologen, den Bemühungen zur Gewinnung und Verbreiterung einer neurotischen Basis der Dermato-Pathogenese gegenüber etwas spröde ablehnend zu verhalten liebte. Wenigstens gilt dies im Grossen und Ganzen für Deutschland und Oesterreich, resp. für die Mehrzahl der Hauptvertreter der hier vorherrschenden Hebra-Kaposi'schen Richtung. Sehen wir, einen wie beschränkten Raum diese Beiden in ihren systematischen Darstellungen den „Neurosen der Haut" einräumen, und vergleichen wir damit die neuerdings von Auspitz (System der Hautkrankheiten. Wien 1882.) unternommene Klassification, sowie insbesondere das vorliegende Buch von Schwimmer, so ist der Abstand und — nach meinem Gefühle wenigstens — der Fortschritt in

Digitized by Google

gesteigerter Anlehnung an die experimental-pathologischen und klinisch-neuropathologischen Forschungen ganz unverkennbar.

Freilich hatten namentlich einige englische und amerikanische Dermatologen (Tilbury Fox, Bulkley u. A.) den von der älteren Schule allzu eng gespannten Rahmen der Dermatoneurosen zu erweitern gestrebt, aber doch mehr empirisch und ohne recht consequente und systematische Durchführung; so dass wir Schwimmer als den Ersten bezeichnen dürfen, welcher unter erschöpfender Benutzung des gesammten vorliegenden, physiologischen und pathologisch-klinischen Materials diesem Gegenstande die verdiente Aufmerksamkeit wieder zugewandt hat.

Das Buch von Sch. behandelt in der ersten Abtheilung (S. 10—74) die physiologisch-pathologischen Verhältnisse der cutanen Störungen im Allgemeinen; in der zweiten grösseren (S. 75—240) die neuropathischen Hautaffectionen, und zwar der Reihe nach als vasomotorische Neurosen, Trophoneurosen und „Idioneurosen". Einige therapeutische Bemerkungen und der Entwurf eines rationellen Systems der Hautkrankheiten schliessen diesen Theil ab. Ueber Einzelnes wird gewiss von dermatologischer und auch von neuropathologischer Seite zu streiten sein und — unzweifelhaft — gestritten werden. Eine Einigung auf diesem, so vielfach noch hypothetischen Gebiete ist ja für die nächste Zeit nicht zu erwarten. Dies thut aber dem Werthe der Schwimmer'schen Arbeit keinen Eintrag; im Gegentheil, es erhöht ihn, da nur im Kampfe die Gegensätze sich näher gebracht werden können. Um einige Einzelheiten hervorzuheben, so scheint mir der Verf. den Einfluss des Sympathicus als „Centralorgan" der Gefäss- und Ernährungsnerven, dem heutigen physiologischen Standpunkte gegenüber, etwas zu überschätzen. Bei den vasomotorischen Neurosen hätte vielleicht neben dem Erythema pudoris u. s. w. der von mir aufgestellte essentielle oder angioneurotische Rubor Erwähnung finden können. Die Deutung des bekannten Falles von Mauthner als Venenkrampf, welche Sch. anzuzweifeln scheint (S. 91), dürfte durch eine bezügliche neue Mittheilung von Weiss in der Wiener med. Presse wohl sichere Bestätigung gefunden haben. Der von Dujardin-Beaumetz beschriebene Fall der „femme autographique" steht keineswegs so vereinzelt da, wie Sch. anzunehmen scheint; derartige Beobachtungen sind namentlich bei hysterischen Hemianästhesien auf der anästhetischen Seite nicht selten. — Weshalb S. für die Sensibilitätsstörungen der Haut nicht die den „Angioneurosen" und „Trophoneurosen" entsprechende Bezeichnung „Aesthesioneuroses cutaneae" gewählt hat, sondern die sonderbare und auffällige Benennung „Neuroses substantivae seu Idioneuroses" ist nicht recht verständlich. Bei den therapeutischen Bemerkungen fällt die Nichterwähnung des in so specifischer Weise auf die Blutgefässe einwirkenden Amylnitrits auf.

Diese vereinzelten Bemerkungen mögen dem Verf. nur zeigen, mit wie grossem Interesse ich sein Buch gelesen, das ja seit dem ersten von Landois und mir in den „vasomotorischen Neurosen" (1867) mit damals noch unzulänglichen Mitteln unternommenen Versuche einer methodischen Bearbeitung des Gegenstandes einen so weitgehenden Fortschritt bekundet. — Die äussere Ausstattung ist untadelhaft.

Eulenburg.

V. Personalien.

Dr. Binswanger, Director der Irrenanstalt in Jena, wurde zum Prof. extraord. an der Universität Jena ernannt.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. October. No. 20.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Wahnideen und Delirien von **Siemens.**

II. Referate. Anatomie. 1. Vom Bau der Spinalganglienzellen von **Flemming.** 2. Ein Beitrag zur Anatomie der Affenspalte und der Interparietalfurche beim Menschen nach Race, Geschlecht und Individualität von **Rüdinger.** — Experimentelle Physiologie. 3. Ueber die Stirnlappen des Gehirns von **Munk.** 4. Fortgesetzte Studien zu einer allg. Physiologie der irritabeln Substanzen von **Guillebeau** und **Luchsinger.** 5. Fortgesetzte Studien am Rückenmarke von denselben. — Pathologische Anatomie. 6. Eine Defectbildung des Grosshirns von **Kirchhoff.** 7. Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale par **Rey.** 8. A report of three human monstrosities by **Kongles.** — Pathologie des Nervensystems. 9. Ueber atrophische Lähmungen der oberen Extremität von **Vierordt.** 10. Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie par **Féré.** 11. Labio-glosso-pharyngeal Paralysis of cerebral origin by **Ross.** 12. Taubheit, complicirt mit hysterischer Neurose und hysterische Taubheit von **Uspenski.** 13. Color blindness from a cerebral lesion by **Brill.** 14. Méningite cérébrale con schizomiceti dei **Brigidi** e **Banti.** 15. Notes of a case of Lodgment of a fragment of iron in the substance of the brain; death in four months; autopsy by **Burk.** 16. A case of Lodgment of a foreign body in the cavities of the nose, orbit and cranium, where it remained five months; removal by operation; subsequent trephining for pus in the brain; death; autopsy by **Noyes.** 17. Ueber Innervationsstörungen im Gebiete des centralen Herzvagus von **Rosenbach.** 18. On Insolation or Sunstroke by **Fayrer.** 19. Note of a case of acute ascending paralysis by **Finny.** 20. Cases bearing on cerebral localisation by **Shaw.** 21. Case of chronic cerebral meningitis, chronic abscess of brain, limited peritonitis, obstruction of the portal and splenic veins and acute cerebro-spinal meningitis by **Bennett.** 22. Remarks on acute spinal paralysis by **Gowers.** 23. Remarks upon regressive paralysis chiefly as seen in the young subject by **Barlow.** 24. Note sur l'état de la pupille ches les épileptiques en dehors des attaques par **Marie.** 25. Macroencéphalie avec chorée par **Chambard.** 26. Un cas d'anévrysme de l'artère communicante postérieure par **Klippel.** — Psychiatrie. 27. Recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées par **Danillo.** 28. A case of trance in insanity **Crothers.** 29. A clinical study of the disease and curability of inebriety by **Crothers.** — Therapie. Zur Therapie der Diabetes mellitus. **Herrmann, Worms, Félizet.** 31. Fall von typischer progressiver Bulbärparalyse durch Gebrauch einer Badecur in Teplitz fast vollständig geheilt von **Heller.** 32. On the cure of epilepsy by ligature of the vertebral arteries. The treatment of Epilepsy by ligature of the vertebral arteries by **Alexander.** — Forensische Psychiatrie. 33. La législation russe sur les Aliénés par **Marchant.** 34. Some medico-legal aspects of morphia-taking with special reference to „the Lamson case" by **Raue.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Vermischtes.**

I. Originalmittheilungen.

Wahnideen und Delirien.

Von Dr. **F. Siemens** in Marburg.

Zu den Unklarheiten des Ausdrucks, an welchen die psychiatrische Lehre kränkelt, und welche eine endgültige Verständigung der Psychiater unter sich und mit den Nichtspecialisten hindern, gehört die mangelhafte Bezeichnung gewisser psychisch-klinischer Grundzustände und Grundbegriffe.

Digitized by Google

Einer der störendsten Missbräuche ist das Anwenden der Ausdrücke „Wahnidee (Wahnvorstellung)“ und „Delirium“ für dieselbe Sache, wie es in neuerer Zeit in Deutschland üblich geworden ist. Offenbar ist es eine Nachahmung des französischen Ausdrucks „conception délirante“, kurzweg „délire“ für Wahnidee. Man spricht von maniacalischen und melancholischen Delirien, von Grössen- und Verfolgungsdelirium. Man meint damit die Wahnideen Geisteskranker, und das eigentliche Delirium, wie es charakteristisch auftritt im Fieber, bei Intoxicationen und andern schweren Krankheits- und Schwächezuständen des Körpers, behält ebenfalls den Namen Delirium. Man bezeichnet mit Delirium jetzt das Irrereden an und für sich, einerlei, aus welcher Ursache es auftritt.

Delirium ist aber irres Reden und Handeln ohne Bewusstsein; so war von jeher die Bedeutung des Wortes und so versteht es noch heute der Laie. Die theilweise oder völlige Aufhebung des Bewusstseins und demgemäss die theilweise oder völlige Amnesie sind die wesentlichsten Kriterien des Deliriums.

Auf krankhafte Weise zu Stande gekommene Vorstellungen oder Associationen von Vorstellungen, durch welche das Bewusstsein gefälscht und das Fühlen und Streben des Menschen in krankhafter Weise beeinflusst wird, sollte man lediglich Wahnideen nennen. Hierher gehören die meisten wahnhaften Aeusserungen unserer Geisteskranken.

Die allgemeine Annahme dieses unterscheidenden Gebrauchs würde das Verständniss von Wort und Schrift erleichtern. In der hiesigen psychiatrischen Klinik ist dieser Gebrauch Grundsatz.

II. Referate.

Anatomie.

1) **Vom Bau der Spinalganglienzellen** von Walter Flemming, Kiel. (Sep.-Abdr. aus „Beiträge zur Anatomie und Embryologie.“ J. Henle als Festgabe zum 4. April 1882 dargebracht von seinen Schülern.)

I. Der Protoplasmakörper der Spinalganglienzelle.

Der Zellenleib der Spinalganglienzelle wird von feinen Fädchen, die in den verschiedensten Windungen und Knickungen verlaufen, durchzogen. Diese Fädchen tragen dickere Knötchen oder Körner, von meist unregelmässiger Form und rauher Begrenzung. Die Natur dieser Knötchen (ob sie Anschwellungen der Fäden oder Substanzportionen, die ihnen nur anliegen u. s. w.) ist nicht mit Sicherheit zu bestimmen. Diese Fadenbildungen haben nichts gemein mit den viel weitmaschigeren „Oberflächennetzen“ Arnold's und Anderer. Jene Oberflächennetze hält Verf. mit Rawitz u. A. für Schrumpfungsveränderungen.

Der bezeichnete Bau unterscheidet die Spinalganglienzellen von den centralen Nervenzellen, die bekanntlich parallelfasrige Fibrillen zeigen. Bei den letzteren ist die Anordnung der Fasern eine dem Lauf der Erregungsvorgänge entsprechende; bei den Spinalganglienzellen lässt sich eine solche Anordnung nicht erkennen und hängt wohl der verschiedene anatomische Bau mit den differenten physiologischen Leistungen zusammen.

Digitized by Google

II. Die Kerne der Spinalganglienzellen

bestehen aus einem Gerüst oder Netzwerk, das chromatische Substanz trägt, aus einer weichen oder flüssigen Zwischensubstanz (Kernsaft anderer Autoren), aus einem rund abgestumpften Nucleolus, der stark lichtbrechend und sehr chromatinreich ist, und endlich aus einer Kernmembran. Die Nervenfasern setzen sich nicht durch die Substanz der Zelle bis zum Kern fort; ebensowenig kann von einem Ursprung der Nervenfasern im Nucleolus die Rede sein. M.

---

2) Ein Beitrag zur Anatomie der Affenspalte und der Interparietalfurche beim Menschen nach Race, Geschlecht und Individualität von Prof. Dr. Rüdinger. (Ebendaselbst.)

Verf. geht davon aus, dass die Affenspalte und die Interparietalfurche am Grosshirn des Menschen nach Geschlecht, Race und Individualität Eigenthümlichkeiten darbietet, die, wie es scheint, mit der geistig höheren oder niederen Stellung, welche der Mensch einnahm, Hand in Hand gehen. Nachdem er die betreffenden Furchen beim Affen besprochen, wobei er zeigt, dass der Gorilla sich vom Chimpanse und Orang durch die grössere Entwickelung des Parietallappens, die stärkeren Krümmungen der Furchen und Windungen desselben in frontaler und sagittaler Richtung auszeichnet, und gleichzeitig bei ersteren die innere obere Uebergangswindung meist frei an die Oberfläche tritt, geht er zur Besprechung der ersten Anlage jener Furchen und Windungen beim Menschen über und zeigt dann, dass der mediale Windungszug des Scheitellappens und die innere obere Uebergangswindung bei den Frauen in ihrer Entwickelung bedeutend zurückbleibt. Daher nimmt der sagittale Schenkel der Interparietalfurche eine hochgradig schiefe Stellung bei den Frauen ein und die frontal gestellten Spalten entwickeln sich nur schwach.

In Bezug auf Männer zeigt Verf. an 18 Gehirnen geistig bedeutender Männer (u. a. Döllinger, Tiedemann, Justus Liebig, Buhl etc.) die bedeutende Entwickelung des Scheitellappens in frontaler Richtung. Dabei ist die erste äussere Uebergangswindung besonders entfaltet. Ferner sind bei diesen Gelehrten die frontal gestellten Furchen und Windungen, welche von der Fissura interparietalis ausgehen, weniger der Zahl nach, wohl aber der Grösse nach stark ausgebildet. Die stärkere Entwickelung des Scheitellappens im frontalen Durchmesser bedingt auch eine Vergrösserung des Querdurchmessers des Kopfes.

Dabei kann der sagittale Durchmesser des Scheitellappens an dem Gehirn eines Gelehrten geringer sein, als bei einem an Bildung niedrig stehenden Menschen.

Schliesslich sei erwähnt, dass die Untersuchung von Parietallappen von Mördern und Raubmördern durch Verf. keine specifischen Eigenthümlichkeiten ergeben hat, sondern nur jene typischen Bildungen, welche an den Hirnen von geistig niedrig stehenden Individuen vorkommen. M.

Experimentelle Physiologie.

3) Ueber die Stirnlappen des Gehirns von Hermann Munk. (Sitzungsberichte der Akademie der Wissenschaften zu Berlin. 1882. Stück XXXVI.)

Da noch Hitzig, Ferrier und Wundt in ihren jüngsten Auslassungen die Stirnlappen als Sitz der höheren geistigen Functionen betrachten; da de Boyer nach Zerstörung des Stirnlappens bei Hunden keine Bewegungsstörungen fand, und Moolmann (und Goltz) wenigstens keine Bestätigung der von Munk beobachteten Bewegungsstörungen des Rumpfes und Nackens, sondern die verschiedenartigsten Störungen erzielten, so nahm M. seine Experimente an den Stirnlappen der Hunde und Affen von neuem auf.

Digitized by Google

M. bestimmte beim Hunde die hintere Grenze der Stirnlappen durch seine „Hauptstirnfurche“ (vordere oder senkrechte Hauptfurche nach Pansch) und deren Weiterführung bis zur Falx. Beim Affen ist die hintere Abgrenzungslinie des Stirnlappens weniger exact zu ziehen. M. statuirt auch hier eine „Hauptstirnfurche“ (von Anderen als mittlere oder gebogene Stirnfurche, als vordere Scheitelfurche etc. bezeichnet). Was vor dieser Hauptstirnfurche liegt, wird — nach genau angegebener Methode — vollständig vom übrigen Gehirn abgetrennt, aber in situ gelassen.

So gelang es M., viele seiner Versuchsthiere zu erhalten und monatelang zu beobachten. Bei den Hunden, bei welchen M. fast immer die Tractus olfact. schonen konnte, blieb der Geruchssinn meistens erhalten; bei den Affen konnte die Durchschneidung des Tract. olf. nicht vermieden werden.

Die einseitig oder beiderseitig operirten Thiere leiden nur drei bis fünf Tage an Störungen des Allgemeinbefindens. Nach dieser Zeit zeigen sie keinerlei Abnormität, sie sind munter und flink wie vorher, in keiner Function gestört, ebenso intelligent wie sonst. Nur gewisse Störungen der Rumpfbewegungen sind vorhanden: dem linksseitig operirten Hunde sind die Muskeln der rechten Seite, mit welchen er seine Rückenlendenwirbelsäule links — convex krümmt, gelähmt. — Bei den beiderseitig operirten, also auch beiderseitig wie oben gelähmten, Hunden kommt hierzu noch eine katzenbuckelartige Krümmung des Rückens, die erst später wieder weniger auffällig wird.

Nur zeitweise treten, in Folge stärkerer Ausbreitung der Wundreaction in die benachbarten Gehirnpartien, weitere Bewegungsstörungen auf, wie Drehung des Kopfes nach der operirten Seite, Ungeschicklichkeit im Fressen und Saufen. Alles das verschwindet aber bis spätestens zum siebenten Tage, während die Störungen am Rumpfe bleiben.

Wenn einzelne Fälle noch andere Störungen darbieten, so beruht dies, wie dann die Section erweist, immer auf einer mehr oder weniger weit ausgebreiteten Encephalo-Meningitis. Andererseits nehmen die Lähmungen der Rumpfmusculatur immer mehr ab, je weniger vollständig (d. h. je weiter nach vorn) die Stirnlappen abgetrennt waren, und bei einem gewissen Abstande der Schnittlinie von der Hauptstirnfurche ist keine sichere Functionsstörung mehr zu constatiren.

Ganz wie beim Hunde sind die Folgen der Operation auch beim Affen. Er dreht sich deshalb nicht mehr, oder doch nur sehr ungeschickt nach der der Operation entgegengesetzten Seite. Der doppelseitig operirte Affe klettert schlecht, fällt, wenn er beim Kriechen auf einer Stange umkehren will, oft herab und springt, namentlich anfangs, gar nicht. Auch er zeigt die katzenbuckelartige Krümmung des Rückens.

Ausserdem aber trägt dann, wenn die Schnittlinie unmittelbar vor der Hauptstirnfurche geführt war, der einseitig operirte Affe den Kopf nach der Seite der Operation hin gedreht, der beiderseits operirte hält ihn gesenkt. — Ausschliesslich diese Störungen am Kopfe traten dann auf, wenn M. nur die dicht vor der Hauptstirnfurche gelegene Rindenpartie abtrug mit Erhaltung der vorderen Theile des Stirnlappens; die Rumpfbewegungen waren alsdann intact.

Die sogenannte Intelligenz war auch bei den beiderseitig operirten Affen nie irgendwie gestört.

Diese exacten Resultate der Exstirpation hat M. durch vorzüglich ausgeführte Reizungsversuche ergänzt und bestätigt.

Während Hitzig und Ferrier keine sichern Reizerfolge am Stirnlappen erzielen konnten, traten dieselben bei M.'s Experimenten in ganz bestimmter Weise ein. Freilich lediglich bei Anwendung des Inductionsstromes, und am besten, wenn, um epileptische Anfälle zu vermeiden, dem Thiere vor der Aetherisirung noch eine entsprechende Morphium-Injection gemacht war. (Genaues über die Methode im Original).

Digitized by Google

Beim Hunde (und analog beim Affen) fand M. ganz constant: bei Reizung der Stirnrinde dicht vor der Hauptstirnfurche zeigten sich Lippen-, Kiefer- und Zungenbewegungen. — Lagen die Electroden etwas weiter nach vorn, so trat Inspirationstetanus ein (am Thorax und Zwerchfell), die Bauchdecken waren schlaff. — Umgekehrt erfolgte mit starkem Tetanus der Bauchmuskeln maximale Exspirationsstellung bei Reizung der unteren Fläche des Stirnlappens, während Zwerchfell und Thorax in Ruhe blieben. — Endlich bei Reizung der medialen Fläche kam es zu Rumpfbewegungen, Streckungen und Seitwärtsbiegungen.

So kann denn Munk das Ergebniss seiner schönen Untersuchungen in folgendem Satze zusammenfassen: „Von den Sinnessphären, in welche die Grosshirnrinde zerfällt, — bildet die Stirnlappenrinde zusammen mit der Scheitellappenrinde die Fühlsphäre und ist denjenigen Körpertheilen zugeordnet, welche nicht durch die Scheitellappenrinde vertreten sind: dem Rumpfe, bezw. dem Nacken und dem Rumpfe. In dem Maasse, wie jeder andere Rindenabschnitt, hat dann auch die Stirnlappenrinde Theil an der sogenannten Intelligenz."

Zum Schluss weist M. noch nach, dass keine bestimmten Thatsachen der pathologischen Anatomie seiner Lehre von der Function der Stirnlappen entgegenstehen und sucht auch die Ergebnisse der vergleichenden Anatomie mit ihr in Uebereinstimmung zu bringen. Hadlich.

---

4) Fortgesetzte Studien zu einer allgemeinen Physiologie der irritabeln Substanzen von A. Guillebeau und B. Luchsinger in Bern. (Pflüger's Arch. f. Phys. Bd. 28. Heft 1 u. 2.)

In einer grossen Reihe von Einzelversuchen führen die Verff. für die wirbellosen Thiere den Nachweis, dass verschiedene Arten von Giften, von denen man (Kruckenberg) die Wirkung auf das Centralnervensystem der Wirbellosen geleugnet hatte, in Wahrheit grade auf das Gangliensystem derselben einwirken. Indem G. und L. von Alcohol und Chloral ausgehen, dehnen sie ihre Versuche auch auf die Einwirkung hoher Wärmegrade, ferner der Kalisalze, des Strychnin, Morphium, Curare und Coniin aus und benutzen hierbei als Versuchsthiere den Blutegel, den Flusskrebs, Käfer, Raupen und Libellenlarven.

Die vielen Einzelheiten entziehen sich einer kurzen Berichterstattung, und wir können auch nur besonders hinweisen auf die interessanten Versuche am Blutegel — mit partieller wie allgemeiner Vergiftung —, welche beweisen, dass der Mitteltheil des Blutegels viel weniger resistent ist, als der Kopf- und Schwanztheil, die Theile höherer functioneller Dignität.

Auch beim Krebs zeigten die verschiedenen Körpertheile eine nach Zeit und Intensität sehr verschiedene Einwirkung der Gifte. — Immer aber konnte bestimmt erwiesen werden, dass die giftige Wirkung vom Centralnervensystem aus geschah, so jedoch, dass nicht die ganze Kette der Ganglien gleichmässig beeinflusst wurde, sondern vielmehr die gangliösen Centren der einzelnen Abschnitte des Körpers recht verschiedenartig. — Wo, wie bei vielen Ringelwürmern, jedes Segment des Thieres noch mit allen Attributen eines völlig selbstständigen Thieres ausgestattet ist, wird die Giftwirkung auch eine gleichmässige am ganzen Thiere sein. Je mehr sich aber einzelne Segmente specifisch differenziren, um so mehr werden die Gifte auf die gangliösen Centren der einzelnen Segmente verschieden einwirken können, je nach der grösseren oder geringeren Resistenz derselben. — Die Verbindungsfasern der ganzen Ganglienkette des Thieres brauchen nicht ebenso wie die Ganglien selbst zu leiden, sodass z. B. beim Blutegel, wenn der mittlere Körpertheil auch reactionslos geworden ist, doch ein Reiz vom Kopftheile aus durch die Verbindungsfasern des Mittelstückes hindurch am Schwanztheile Bewegungen auslösen kann.

Digitized by Google

Im Allgemeinen gilt nach den Verff. der Satz, dass allgemeine Gifte alle Gewebe eines Thieres verändern. Wie bei den Wirbelthieren wird auch bei den Wirbellosen das Centralnervensystem in erster Reihe ergriffen.

Die specifische Wirkung einzelner Gifte kann bei verschiedenen Thierklassen verschieden sein. So bleibt bei den Vertretern der verschiedensten Gliederthierklassen die bekannte Wirkung des Curare und Coniin auf die motorischen Nervenenden der Wirbelthiere aus.

In Bezug auf anatomische Fragen sprechen sich die Verff. mit Entschiedenheit dafür aus, dass:

1) sämmtliche peripherische Nerven je eines Segmentes in dem Ganglienknoten dieses Segmentes Ursprung resp. Ende haben;

2) Verbindungsfasern nicht nur der einzelnen Ganglienknoten mit dem oberen Schlundganglion, sondern auch aller einzelnen Ganglien unter sich bestehen.

---

5) Fortgesetzte Studien am Rückenmarke von denselben. (Ebendaselbst.)

1) Der Trabreflex. Wenn man das Rückenmark hoch oben an der Medulla oblongata durchschnitten und künstliche Respiration eingeleitet hat, so gelingt es leicht, durch milde Reize irgend eines Beines ausschliesslich eine Bewegung des diagonal gegenüber liegenden Beines hervorzurufen. (Bei starken Reizen treten die Reflexe nach dem Pflüger'schen Gesetze auf.)

Die Reflexbahn erfährt also eine Kreuzung. Halbseitige Durchschneidungen des Rückenmarks in verschiedener Höhe erwiesen nun, dass diese Kreuzung bei verschiedenen Thieren an verschiedenen Stellen geschieht: bei Schildkröten und Katzen überall sehr bald nach dem Eintritt der sensiblen Fasern ins Rückenmark; bei Ziegen ebenso in Bezug auf die sensiblen Fasern der Hinterbeine, während die der Vorderbeine ihre betreffende Kreuzung erst im Lendentheile ausführen.

2) Verschiedene Gifte, Cocaïn, Campher, die angeblich nur von der Medulla oblongata aus wirken, ferner Morphium, Atropin wirken direct auf das Rückenmark, wie Versuche mit Durchschneidung des Rückenmarks dicht unter der Medulla oblongata nebst Durchschneidung des Sympathicus einer Seite zeigten.

3) Budge's Centrum cilio-spinale wird gegen Tuwim und Salkowsky nachgewiesen durch folgenden Versuch: das Rückenmark wurde bei einer jungen Katze hoch oben vollständig durchschnitten, der Sympathicus auf einer Seite gleichfalls. Wiederholt ergaben alsdann electrische Reize des N. ulnaris resp. des Plexus brachialis eine deutliche Erweiterung der Pupille auf der Seite des intacten Sympathicus. Sehr deutlich aber wurde diese Pupillendilatation, wenn durch Cocaïn, Campher oder Morphium die Reflexerregbarkeit des Rückenmarks gesteigert war.

4) Das Rückenmark als nächstes Centrum der Bauchpresse. Bei Katzen wird das Rückenmark hoch oben durchschnitten, dann der blossgelegte linke N. splanchnicus electrisch oder mechanisch gereizt: es trat Herabsteigen des Zwerchfells, Contraction der Bauchmuskeln und Exspirationsstellung des Thorax ein. Die Ansicht von Schiff und Gianuzzi, das Centrum für die Bauchpresse liege in der Medulla oblongata, ist also nicht richtig.

Der leitende Gedanke bei allen diesen Studien Luchsinger's ist der, nachzuweisen, dass, wenn die sensiblen und motorischen Fasern einer Function aus dem Rückenmarke hervorgehen, dann das Rückenmark auch das nächste physiologische Centrum dieser Function ist. Hadlich.

Digitized by Google

Pathologische Anatomie.

6) Eine Defectbildung des Grosshirns von Dr. Kirchhoff, Schleswig. (Arch. f. Psych. XIII. 1. Sep.-Abdr.)

Ein 24jähriges Mädchen, erheblich hereditär belastet, bis zum siebenten Lebensjahr epileptisch, dann körperlich und geistig gesund, erkrankte in Folge eines psychischen Affects an hallucinatorischer Paranoia, und geht sechs Jahre später im geisteskranken Zustand an Phthisis zu Grunde.

Bei der Obduction zeigte sich die rechte Fusssohle schmäler und länger als die linke, die rechte Niere zeigt embryonale Lappenbildung, 130 Gramm, während die linke normal, 150 Gramm.

Der Schädel ist plagiocephalmit deutlichen Näthen. Hirngewicht 1150. Der linke Hinterlappen bedeckt Kleinhirn nicht, Verkürzung $2^1/_2$ cm. Linke Gyr. lingual. zu einem schmalen Strange eingeschrumpft, neben sclerosirtem Gewebe zeigten sich bei der mikroskopischen Untersuchung in demselben deutliche Pyramidenzellen.

Linker Tract. opt. atrophisch, linker Theil des Chiasm. nv. opt. und linkes Corp. mamill. kleiner als rechts. Im linken Thal. opt. Hohlraum von $1^1/_2$ cm Länge, 2—3 mm Breite, mit Pigmentschollen in der zarten Auskleidungsmembran. Vierhügel beiderseitig atrophisch.

Fornix, Comm. ant. normal; Balken, besonders im Splenium, wie an der Tapete links atrophisch.

Verf. deutet an, dass die abweichende Form des rechten Fusses wie der rechten Niere mit der linksseitigen Hirnveränderung in Zusammenhang gebracht werden kann.

Die ursprüngliche Störung will Verf. übrigens nicht als eine Defectbildung ansehen, wie es in der Ueberschrift heisst, sondern als durch mangelhaften Commissurenschluss hervorgebracht betrachten. (Der hämatogene Ursprung der Cyste im Thalamus, mit dem die Atrophie des Tract. opt. u. s. w. im Zusammenhang steht, deutet wohl darauf hin, dass der Atrophie des Zungenläppchens Störungen der Circulation zu Grunde lagen, und dass das Commissurfasersystem erst secundär wegen der Atrophie der Windungen in der Entwickelung zurückblieb. Ref.) M.

---

7) Contribution à l'étude anatomo-pathologique de la paralysie générale par Rey. (Ann. méd. psych. Juli 1882.)

Rey fand bei einer Anzahl von Paralytikern die von Baillarger beschriebene oberflächliche Erweichung der Hirnrinde, sodass fast die ganze graue Substanz mit einem Wasserstrahl abgespült oder mit dem Scalpellrücken weggenommen werden kann. R. fand die Veränderung hauptsächlich in dem Stirnlappen, das obere Drittel der Centralwindung und der Centrallappen waren, selbst wenn die Adhärenzen sich darüber hinaus erstreckten, frei. Moeli.

---

8) A report of three human monstrosities by M. A. Kongles. (The amer. Journ. of the med. sciences. July 1882.)

Verf. berichtet über abnorme Bildungen an drei Kindern, welche wenige Minuten nach der Geburt starben.

I. Fall. Das Kind, weiblichen Geschlechts, hatte nur ein Auge von normaler Gestalt; dasselbe befand sich in der Mitte des Gesichts und etwas über der normalen Stelle des Mundes. Die Nase, aus einer fleischigen Röhre bestehend, stand unmittelbar über dem Auge. Der Mund bestand aus einer schmalen Oeffnung, lag unter dem Unterkiefer und führt in den Rachenraum. Ohren normal gebildet, aber tiefer gelegen und einander genähert. Einwärts neben den Ohren befanden sich schlitzartige

Digitized by Google

Oeffnungen, welche zum Kehlkopf führten; durch diese soll das Kind sogleich nach der Geburt geathmet haben. Uebriger Körper normal entwickelt.

II. und III. Fall. Bei diesen Kindern waren die Kopfknochen nur zum kleinern Theile entwickelt. Es fehlten der obere Theil des Stirnbeins, die Scheitelbeine und der grössere Theil des Hinterhauptbeins; ferner die Knochen an der Basis des Schädels. An Stelle dieser Theile fanden sich membranartige Häute, ähnlich der Dura mater. Die Halswirbelsäule fehlte ganz. Uebriger Körper normal entwickelt.

Gnauck.

Pathologie des Nervensystems.

9) **Ueber atrophische Lähmungen der oberen Extremität** von Dr. Oswald Vierordt in Leipzig. (Deutsch. Arch. f. klin. Med. Bd. XXXI.)

Zweck der Arbeit des Verfassers ist, auf Grund von 19 klinisch sehr genau beobachteten Fällen von atrophischen Lähmungen der oberen Extremität, zur Feststellung der klinischen Differentialdiagnose zwischen peripherer Neuritis, Poliomyelitis ant. chron. und progressiver Muskelatrophie beizutragen.

Von vornherein betont Verf. die besondere Wichtigkeit von vier Punkten für die klinische Differentialdiagnose atrophischer Lähmungen; es sind: das zeitliche Verhältniss zwischen Atrophie und Lähmung; die musculäre Localisation der motorischen Lähmung; das Vorhandensein oder Fehlen der Sensibilitätsstörung; der electrische Befund. Alle anderen bisher beobachteten Symptome schliesst Verf. als theils uncharakteristisch, theils inconstant von der Betrachtung aus. — Ferner weist Verf. darauf hin, dass es zum mindesten verfrüht ist, in Hinsicht des Verlaufs, d. h. je nachdem Heilung eintritt oder nicht, einen Unterschied zu statuiren zwischen Rückenmarks- und peripheren Läsionen; dass die ersteren nicht zurückgehen können, ist durchaus unbewiesen, ist sogar nach neueren Erfahrungen über gewisse Formen der Poliomyelitis ant. („temporäre" Form der acuten, „Mittelform" der chronischen Poliomyelitis) direct unwahrscheinlich.

Verf. gelangt zu folgenden Schlüssen aus seinen ausführlich mitgetheilten Krankengeschichten:

1) Parallelismus der Atrophie und Lähmung kommt ausser bei progressiver Muskelatrophie auch bei Neuritis peripher. vor, ist also für erstere nicht pathognomonisch; andererseits kommt aber bisweilen bei Neuritis auch ein Voraufgehen der Lähmung vor (bemerkbarer) Atrophie vor, also jenes Symptom, welches Viele bisher für der Poliomyelitis allein eigenthümlich halten.

2) Die musculäre Localisation ist ein sehr wichtiger Anhaltspunkt für die Trennung der peripheren Neuritis von Poliomyelitis ant. und auch von progressiver Muskelatrophie. — Allein es kann in diesem Punkt eine periphere Neuritis oberflächliche Aehnlichkeit mit Poliomyelitis zeigen, wenn einzelne Aeste verschiedener Nerven erkrankten (z. B. bei Neuritis nach Gelenkerkrankung); also in solchem Fall Vorsicht in der Beurtheilung, genauste Untersuchung der einzelnen Muskeln!

3) Die Sensibilitätsstörung ist für Neuritis pathognomonisch; sie kann aber bei dieser im Anfang undeutlich sein, sie kann selbst im weiteren Verlauf auf ein unverhältnissmässig kleines Gebiet beschränkt bleiben; sie kann endlich bei noch bestehender Lähmung längst restituirt sein.

4) Der electrische Befund giebt wenig Anhalt; alle schweren Affectionen der grauen Vordersäulen wie der peripheren Nerven können zu EaR führen. Bei progressiver Muskelatrophie ist dieselbe in allen (sechs) Fällen des Verf. beobachtet. — Im Allgemeinen spricht complete EaR bei geringer Atrophie der Muskeln sehr gegen progressive Muskelatrophie.

Digitized by Google

Die Krankengeschichten enthalten eine Reihe nicht unwichtiger Einzelheiten. Angeführt sei nur die Beobachtung träger Zuckung bei indirecter galvanischer wie faradischer Reizung bei einer peripheren Ulnarislähmung; ferner die Mittheilung eines neuen Falles von Mittelform der chronischen Poliomyelitis ant. mit günstigem Verlauf. — Das Uebrige im Original. M.

---

10) **Notes pour servir à l'histoire de l'hystéro-épilepsie** par Ch. Féré. (Arch. de Neurol. 1882. Nr. 8 et 9.)

Beiträge zur Pathologie der Hysteroepilepsie, in welchen einige weniger bekannte und seltene Eigenthümlichkeiten dieser Krankheit beschrieben werden.

Die ersten Abschnitte beziehen sich auf seltene Formen der Anfälle, auf die Art, sie hervorzurufen, auf besondere Sensibilitäts- und Motilitätserscheinungen, sodann auf den Einfluss fieberhafter Krankheiten. Hemianästhesie und Anfälle verschwanden, als die betreffenden beiden Kranken in das letzte Stadium der Phthise eintraten. Eine andere Anästhetische blieb sensibel während der fünfwöchentlichen Dauer einer Pleuritis. Eine Dritte, deren Haut ganz anästhetisch war, spürte lebhaft den Schmerz bei acutem Gelenkrheumatismus.

Von den Beobachtungen an den Augen (Abschn. IV) interessiren vor Allem die Angaben über das Verhalten der Pupillen. Während der Attake reagirt die Pupille nur wenig auf Licht, doch war die Reaction in gewissen Fällen deutlich. Im Beginn des Anfalls, bei der tonischen Contraction, verengert sich die Pupille rapid und bleibt unbeweglich während der ganzen Dauer des Tonus. Im Clonus erweitert sie sich und bleibt so während der „grands mouvements". In der „phase du délire" und den „attitudes passionelles" oscilliren die Pupillen, sie machen Bewegungen, „welche von der Accommodation auf nähere oder entferntere Objecte der Hallucinationen abhängen". Bei einer Kranken mit incompleten Anfällen trat, gleichsam eine Art larvirter Epilepsie, zuweilen nur eine energische Pupillencontraction auf, ohne Muskeltonus. Ovarialcompression bewirkt im Clonus sofort normale Weite der Pupille, auch die enge Pupille im Tonus wird zur normalen durch eine brüske Ovariencompression, welche auch den Anfall überhaupt unterbricht. Die Wichtigkeit dieser Dinge zur Erkennung der Simulation wird besonders betont. Was die Analogie dieser Erscheinungen mit den Beobachtungen an den Pupillen bei der gewöhnlichen Epilepsie betrifft, so giebt F. dieselbe für das clonische Studium ohne Weiteres zu; die initiale Verengerung hat er auch bei einem Epileptiker beobachtet, er führt auch die gleiche Angabe von Gowers an, will aber diese vereinzelten Beobachtungen nicht gelten lassen, zumal Charcot in einem Fall das entgegengesetzte Verhalten sah. [Die momentane Verengerung im initialen Tonus ist von Ref. sicher constatirt, vergl. den Artikel in Nr. 5 d. Bl.)

Die Angaben über wechselnde Verengerung und Erweiterung werden dann weiter ausgeführt. In dem Stadium Catalepticum zweier Hysterischer, welche auf Ansprache reagirten, rief F. eine beliebige Hallucination hervor: er liess die Kranken z. B. einen Vogel auf einem Kirchthurm oder hoch in der Luft ansehen, sofort erweiterten sich die Pupillen bis aufs Doppelte; wenn er den Vogel sich nähern liess, verengerten sich die Pupillen. — Bekanntlich giebt es Leute, welche willkührlich, d. h. indirect durch eine complicirte Muskelanstrengung, ihre Pupillen erweitern können. [Ausser den von F. citirten Fällen in der Literatur findet sich noch in Brücke's Physiologie eine derartige Beobachtung erwähnt. Ref.] Die Fälle, in denen durch blosse Vorstellung („imagination"), z. B. von Hell und Dunkel, die Pupillen verengert oder erweitert werden können, sind selten. Die beschriebenen beiden Kranken zeigten ausserhalb der Anfälle diese Fähigkeiten nicht. Wohl aber konnte F. Folgendes constatiren. Eine Gesichtshallucination, z. B. ein Portrait in Profil, im hypnotischen

Digitized by Google

oder kataleptischen Zustand provocirt, wurde nach dem Erwachen der Kranken noch deutlich gesehen. Hielt man vor das eine Auge ein Prisma, so sah die Kranke das Bild doppelt, genau nach dem physikalischen Gesetz. Auch bei seitlichem Druck auf den Bulbus sah sie das Bild doppelt, ähnlich wie dies bereits von andern Hallucinanten beschrieben wurde.

Die Abschnitte VI und VII behandeln den Sitz des Ovarialschmerzes und die Wirkung der Ovariencompression. Siemens.

---

11) Labio-glosso-pharyngeal Paralysis of cerebral origin by James Ross. (Brain. July 1882.)

Nachdem Verf. die bis jetzt veröffentlichten Fälle von Labio-glosso-pharyngeal-Paralyse cerebralen Ursprungs ausführlich referirt hat, theilt er folgende zwei neuen Fälle mit.

1) 40jähriger Mann hat fünfzehn Monate vor der Aufnahme einen Schlaganfall mit partieller Bewusstlosigkeit, Paralyse des rechten Armes und Verlust der Sprache für einige Tage. Die Paralyse besserte sich, nach drei Wochen konnte Patient sich wieder ohne Schwierigkeit ausdrücken, doch blieb die Sprache „dick" und undeutlich. Später Schwindel, allgemeine Schwäche, Palpitationen und Kurzathmigkeit. Bei der Aufnahme rechts Händedruck schwächer wie links. Rechte Gesichtshälfte mimisch schwächer innervirt. Keine Zungendeviation, Wortgedächtniss erhalten. Undeutlichkeit der Sprache besonders bei mehrsilbigen Worten, leichte Schlingbeschwerden. Flüssigkeiten kommen leicht in die Glottis. Später zunehmende Paralyse und Anästhesie der untern Extremitäten mit erhöhten Reflexen. Plötzlicher Tod durch Asphyxie. Autopsie ergiebt im linken Linsenkern zwei das zweite und dritte Segment ausfüllende Cysten; die eine derselben reicht etwas in das Knie der inneren Kapsel. Im rechten Linsenkern Cyste im ersten Segmente, die nicht auf die Kapsel übergreift. — Eitrige circumscripte Meningitis spinalis von einer Wirbelnecrose ausgehend, Schrumpfniere etc. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt absteigende Degeneration entsprechend dem linken Herde, die in der Med. oblongata bedeutend schmäler wie oberhalb ist. Bulbärkerne ganz frei. — Transverse Myelitis spinalis mit auf- und absteigender Degeneration, entsprechend der Wirbelnecrose.

2) 34jähriger Mann hat zweimal apoplectiforme Insulte mit temporärem Sprachverlust, Krämpfe im rechten Arm etc. gehabt. In Folge davon Sprachbehinderung. Pat. kann einzelne Consonanten articuliren, aber nur schwer mehrsilbige Worte sprechen. Zungenbewegung intact, Gaumen auf Berührung unempfindlich, reactionslos. Leichte Parese der rechten Gesichtsseite. — Zunehmende Paralyse der unteren Extremitäten, Decubitus, Secessus inscii in Folge transversaler Myelitis. Die Autopsie ergiebt neben transversaler Myelitis mit auf- und absteigender Degeneration eine kleine Cyste im linken Linsenkern, nahe dem Rande des Knies der inneren Kapsel ohne jede secundäre Degeneration der Pyramiden.

Bezüglich der Bedeutung des Linsenkerns weist Verf. die Ansicht zurück, als sei derselbe ein unabhängiges Regulationscentrum für Articulations- und Deglutationsbewegungen. Ebensowenig scheint es ihm nach Wernicke's Untersuchungen wahrscheinlich, dass er, wie Meynert annimmt, ein Unterbrechungsganglion zwischen Rinde und Markkernen sei. Er nimmt vielmehr an, dass die directen Pfade von der Rinde zur Medulla, wahrscheinlich im inneren Kapselknie mit verletzt seien. — In Bezug auf die Unterscheidung von der ächten Bulbärparalyse betont Verf. hauptsächlich die Plötzlichkeit des Eintretens der Symptome bei der cerebralen Form, das Fehlen der Atrophie der betroffenen Muskeln, die Intactheit oder geringe Verminderung der Gaumen-, Zungen- und Pharynxreflexe. Smidt.

Digitized by Google

12) Taubheit, complicirt mit hysterischer Neurose und hysterische Taubheit von Dr. M. Uspenski in Moskau. (St. Petersburg. med. Wochenschr. 1882. Nr. 8.)

1) 19jährige, schwächliche, blutarme, nervöse Frau, die vor einem Jahre eine Parametritis und vor drei Monaten Scharlach mit schwerer Rachendiphtherie (dreitägige Bewusstlosigkeit dabei) und mit doppelseitiger, beide Trommelfelle beinahe ganz zerstörender Otitis überstanden hatte. Hörvermögen beiderseits aufgehoben, nur die Kopfknochenleitung (Stimmgabel) nach rechts noch schwach erhalten. Dabei fortwährendes Sausen im linken Ohre. Starker Nasen- und Rachenkatarrh und Aufhebung von Geruch und Geschmack. Wiederkehr des Hörvermögens, allmähliche Besserung der Schwerhörigkeit auf beiden Seiten gelegentlich eines zur Kräftigung verordneten Landaufenthaltes; Auftreten mehrtägiger Anfälle von completer Taubheit, welche zuweilen durch Ohrgeräusche, linksseitige Schlundschmerzen und leichte Schlingbehinderung eingeleitet werden und regelmässig eine rauhe „tonlose" Beschaffenheit der Stimme mit sich bringen, welche mit der plötzlichen Wiederkehr des Gehörs wieder vollständig verschwindet. Geschmacksvermögen allmählich wiederkehrend, Anosmie fortbestehend. Bei erneuter Untersuchung constatirte U. Anästhesie der linken Kopfhälfte, linken Ohrmuschel und linken Nasenseite. Galvanisation des Halstheils des Sympathicus, 4—5 Elem. 5 Min. lang: Beseitigung der Taubheitsanfälle nach sechs Sitzungen; es kehren nur selten kurze Attaken von Schwerhörigkeit wieder, das Hörvermögen bessert sich noch mehr.

2) 43jährige nervöse, seit dem dritten Jahre der Ehe mit Uterusstörungen behaftet gewesene Wittwe, die vor fünf Jahren gelegentlich eines ihrer inveterirten Niesanfälle plötzlich unter pfeifendem Geräusche im rechten Ohre rechtsseitig vollständig taub wurde. Darauf das Hören von Musik unerträglich. Politzersches Verfahren bringt wenig Besserung auf dem kranken Ohre, dessen Hörfähigkeit bei fortbestehendem sehr lästigen, bald pfeifenden, bald brausenden Geräusche nur wenig zunimmt. Befund: Trommelfell rechts normal, Gehör für Uhr und lautes Sprechen daselbst gleich Null, Kopfknochenleitung (Stimmgabel) bei normalen und auscultatorischen Erscheinungen von Tuba und Trommelhöhle dieser Seite erhalten. Rechte Ohrmuschel und rechter Gehörgang anästhetisch. Bei Anwendung des galvanischen Stromes, der erst bei einer Stärke von zwölf Elementen unter Schwindel empfunden wird, plötzliche Wiederkehr des Gehörs, der Sensibilität von Ohrmuschel und rechtem Gehörgang, Verminderung des Ohrgeräusches. Einen Monat später Gehör rechts befriedigend, leises Sprechen auf 70, Flüstern auf 27 cm verstanden, subjectives Geräusch abgeschwächt fortbestehend.

Durch die Ueberschrift sind beide Fälle hinlänglich bezeichnet.

Emminghaus.

---

13) Color blindness from a cerebral lesion by N. E. Brill. (Chicago Medic. Review. April 1 and June 1. 1882.)

Ein Mann von 63 Jahren bekommt nach einem apoplectischen Insult rechtsseitige Hemiplegie mit Hemianästhesie. Nach einigen Wochen Hyperästhesie in den früher anästhetischen Stellen und Tremor. Ferner Diplopie und Farbenblindheit. Grün kannte er gar nicht; er bezeichnete es als roth oder eher rosa. Vor seiner Krankheit konnte er alle Farben gut unterscheiden. Die Obduction ergab thrombotische Erweichung, die ausschliesslich die Rinde an der Fissura calcarina und zwar die untere Hälfte und Spitze des Cuneus und den angrenzenden Theil des Gyr. lingualis wie die darunter liegende weisse Substanz zerstört hatte. Das übrige Hirn absolut normal; die Arterien leicht atheromatös. M.

Digitized by Google

14) **Méningite cérébrale con schizomiceti,** dei Dottori Brigidi e Banti. (La Salute. Italia medica. 1882. Nr. 23.)

Ein 48jähriger, bis dahin gesunder Mann erkrankte am 29. März 1882 plötzlich mit Kopfschmerz und Erbrechen in steigendem Grade, zu welchen hohes Fieber, schliesslich tonische Convulsionen und Petechien hinzutraten. Nachts vom 30. auf den 31. März trat der Tod ein.

Die Section ergab im Hirn und den Häuten ausser leichter Röthung der Rinde und feiner Ramification hyperämischer Gefässe der Pia nichts Auffallendes. Kein makroskopisch erkennbares Exsudat. Ausser Vergrösserung der Milz auf das doppelte Volumen nichts Abnormes in den inneren Organen. Die mikroskopische Untersuchung zeigte dagegen die weichen Häute an der Convexität mit massenhaften weissen, weniger rothen Blutkörperchen durchsetzt. Ruptur und Thrombose der Gefässe wurde nicht bemerkt. Dies ganze Exsudat nun war von massenhaften Mikroorganismen durchsetzt. Diese hatten Stäbchenform von 4 mm Länge, 1,5—1,7 mm Breite und waren zu Kettchen bis 20 mm Länge gegliedert. Vorwiegend erfüllten diese Bakterien die Gefässe; im Gewebe sassen sie sehr fest und konnten nur durch Pressen von Präparatstückchen flottant gemacht werden. Einzeltheile sah man selten.

Die inneren Organe zeigten keinerlei derartige Organismen, nur das Blut enthielt spärliche sphärische Körperchen. Der Krankheitsfall war ganz isolirt aufgetreten.

Die Verfasser sind zweifelhaft, ob sie die Anwesenheit der Mikrokokken in den Meningen mit der Meningitis cerebralis in Zusammenhang bringen sollen. Der rapide Krankheitsverlauf, die Entwickelung der Bacterien ohne bekannte Ursache, die Petechien und die Milzvergrösserung scheinen jedenfalls auf die infectiöse Natur des Prozesses hinzuweisen. Das spärliche, nicht eitrige, auf die Convexität beschränkte Exsudat verbietet an Mening. cerebro-spin. zu denken. Mit den Bacterien angestellte Culturversuche blieben erfolglos. Jehn.

---

15) **Notes of a case of Lodgment of a fragment of iron in the substance of the brain; death in four months; autopsy** by George Burk. (The amer. Journ. of the med. sciences. July 1882.)

Einem 20jährigen Manne fuhr ein Stück eines auseinander platzenden Gewehrschlosses unmittelbar über dem linken Jochbogen in den Schädel. Kurzdauernde Bewusstlosigkeit; später keine Cerebralstörungen ausser leichten Kopfschmerzen und linksseitiger Schwerhörigkeit. Der untersuchende Finger dringt in die Schädelhöhle ein, fühlt aber von dem Eisenstücke nichts. Heilung der Wunde unter Zurückbleiben einer Fistelöffnung. Wohlbefinden. Nach vier Monaten plötzlich heftige Kopfschmerzen und Tod nach einigen Stunden.

Bei der Autopsie wurde das Eisenstück im Gehirn, und zwar am vorderen Winkel des unteren Lappens in der Nähe der Fossa sylvii gefunden. Gnauck.

---

16) **A case of Lodgment of a foreign body in the cavities of the nose, orbit and cranium, where it remained five months; removal by operation; subsequent trephining for pus in the brain; death; autopsy** by Henry D. Noyes. (The amer. Journ. of med. sciences. July 1882.)

Einem 19jährigen Manne drang bei der durch Explosion erfolgten Zertrümmerung eines Gewehres das eiserne Verbindungsstück zwischen Schaft und Lauf, welches 11 cm Länge und 12 mm Durchmesser hatte, von der linken Nasenfläche aus schief nach rechts, oben und hinten durch die rechte Orbita in den Schädelraum; danach lag der Kranke vier Tage lang bewusstlos. Der Fremdkörper blieb in der nach und

Digitized by Google

nach heilenden Wunde fünf Monate lang unentdeckt; dabei gutes Befinden ohne Kopfbeschwerden. Nach fünf Monaten vorsichtige Entfernung des Eisenstückes unter Vergrösserung der Oeffnung in der Orbita; in Folge dessen Communication mit der Schädelhöhle. Am 16. Tage nach der Operation wegen Fieber und vermutheter Eiterzurückhaltung Trepanation am rechten Stirnbein kurz vor der Kreuznaht. Entleerung reichlichen Eiters. Bald darauf heftige Kopfschmerzen und Schmerzen in der linken Seite; Parese der linken Seite, einschliesslich des Gesichts. Tod am 39. Tage.

Autopsie: Im rechten Frontallappen eine Abscesshöhle, welche die ganze obere und vordere Gegend der zweiten und dritten Frontalwindung einnimmt und weit in das Marklager hineinreicht. Centralwindungen und erste Frontalwindung frei. Durchbruch in den rechten Seitenventrikel. Zerstörung des vorderen Theils des rechten Nucleus caudatus und des anstossenden Theiles der inneren Kapsel. Gnauck.

---

17) Ueber Innervationsstörungen im Gebiete des centralen Herzvagus von Dr. Ottomar Rosenbach. (Deut. med. Wochenschr. 1882. No. 12.)

I. Ein 55 Jahr alter Mann bekommt Anfälle von „Präcordialangst", namentlich Nachts, wenn er im Bett liegt oder auch in der Ruhelage auf dem Sopha am Tage. Sobald Pat. die Rückenlage mit stark gesenktem Kopf einnimmt, klagt er über Beängstigung und die Untersuchung des Pulses ergiebt exquisite Arythmie und häufige Intermittenz. Mit dem Aufrichten verschwinden die geschilderten Erscheinungen fast plötzlich. Am Circulationsapparate nur die gewöhnlichen Altersveränderungen. Verf. sieht die Ursache jener Anfälle in dem bei der Rückenlage erschwerten Abfluss des Blutes aus dem Schädelinnern, damit Verarmung des Blutes an O und Reizung des Vagus und des vasomotorischen Centrums.

II. Ein 31jähriger phthisischer Mann wird bewusstlos; zeigt Cyanose der Haut und Inspiration von 1—2mal in der Minute. Künstliche Respiration, die $1^1/_2$ Stunde unterhalten wurde, sodann Eintreten von Cheyne Stoke. Puls 156. Starker Strom, durch die Vagi am Halse geleitet, drückt Puls auf 100 herab, macht ihn unregelmässig, dikrot und bewirkt Spannungsabnahme. Am nächsten Morgen war Pat. wieder wohl. Pat. ging 4 Wochen später an Meningitis tuberculosa zu Grunde. Verf. führt den Anfall auf eine, durch „eine grobe plötzlich eingetretene Ernährungsstörung des Hirns bedingte" Vaguslähmung zurück. M.

---

18) On Insolation or Sunstroke by Surgeon-General Sir Joseph Fayrer, (Transact. of the Internat. med. Congr. II. p. 554.)

Unter 57 810 europäischen Soldaten in Indien erkrankten 1879 274 an Sonnenstich, 58 an Apoplexie. Es starben davon 128. Die Armee der Eingeborenen von 130 011 Mann hatte 40 Fälle an Sonnenstich und 26 an Apoplexie mit im Ganzen 33 Todesfällen. Verf. unterscheidet drei Formen:

1. Syncope durch Erschöpfung, die durch Hitze verursacht wird.
2. Shokartige Erscheinungen durch direkte Einwirkungen der Sonnenstrahlen auf Kopf und Wirbelsäule.
3. Ueberhitzung des ganzen Körpers, des Blutes und der Gewebe, entweder durch direktes sich Exponiren den Sonnenstrahlen oder durch zu hohe Temperatur im Schatten.

Die erste Form tritt während Strapazen und Ueberanstrengung besonders bei körperlich oder geistig geschwächten Personen auf: Bewusstlosigkeit, die mehr oder minder vollständig ist, kalte Haut, schwacher Puls begleiten sie. Häufig bleiben nach Ueberstehen des akuten Anfalls Krankheiten des Nervensystems zurück.

Die dritte Form kommt häufig Nachts in geschlossenen Räumen, Zelten u. s. w.

Digitized by Google

vor. Prämonitorische Symptome können Stunden, selbst Tage vorausgehen: allgemeines Uebelbefinden, Insomnie, Schwindel, Kopfschmerzen, Digestionstörungen u. s. w. Dann kommen Temperatursteigerung (41—43,3° C), Dyspnoe, enge Pupillen, voller Puls. Unter Convulsionen und Coma tritt der Tod ein. Oefter bleiben, wenn der Kranke nicht stirbt, körperliche Schwäche, Schwäche des Gedächtnisses, Intoleranz gegen Sonnenstrahlen und jede Art von Hitze zurück. Trockne Hitze wird leichter ertragen, als dunstige, wenn auch kühlere Atmosphäre: erstere beförderte die Schweisssekretion und kühlt dadurch den Körper ab.

Der Obductionsbefund bei plötzlichen Todesfällen ist im Wesentlichen negativ; Hirn und Lungen sind zuweilen, aber nicht immer hyperämisch. Das Herz ist zuweilen fest zusammengezogen. In der Therapie wird besonders die Anwendung der kalten Douche auf Kopf und Brust hervorgehoben.

In der Discussion hebt Chevers (London) hervor, dass mit Insolation öfter auch Fälle von Malaria, Cholera, Uraemie u. s. w. bezeichnet worden sind.

Yandell (Kentucky) bemerkt, dass die amerikanischen Neger die Hitze besser vertragen, als die Weissen, mit denen sie unter den gleichen Lebensbedingungen wären. Ob dies einer grössern Thätigkeit der Haut der Neger zuzuschreiben sei, kann er nicht angeben. M.

---

19) Note of a case of acute ascending paralysis. By J. Magee Finny. (British med. Journal. May 20. 1882.)

Fall von acuter aufsteigender Paralyse in 9—12 Tagen letal verlaufend, ohne bekannte Aetiologie. Obduction ergiebt ausser einer wallnussgrossen Ovarialcyste macroscopisch nichts abnormes. Mikroskopische Untersuchung nicht gemacht.

Smidt.

---

20) Cases bearing on cerebral localisation. By James Shaw. (British med. Journal. May 27. 1882.)

1) Epileptischer Idiot mit angeborener Aphasie. Paralytische Contractur des rechten Armes und Beines. Gesichtsmuskulatur mit Ausnahme eines Strab. int. des rechten Auges intact. Sämmtliche Sinne vorhanden, doch keine genaueren Prüfungen. Autopsie: grosse Cyste in der linken Hemisphäre. Folgende Windungen sind zerstört: Hintere Hälfte der zweiten, grösste Theil der untern Schläfewindung, untere Hälfte der Gyr. centr. ant. und post., Gyr. supramarg. und angul. 1 u. 2. Temporalwindung, die Inselwindungen, fast die ganze Oberfläche des Lobus occipitalis. Die darunterliegende Partie des Centrum semiovale bis auf eine dünne Ventrikeldecke zerstört, Atrophie der linken Stammganglien, des linken Hirnstiel, Pons und der Hälfte der Medulla oblongata. Rechte Cerebellarhälfte um $^1/_4$ leichter wie die linke, linke Grosshirnhälfte ca. 3mal leichter wie die rechte. Verf. macht auf die geringe Betheiligung der Gesichtsmuskulatur aufmerksam und glaubt die ganze Atrophie der rechten Kleinhirnhälfte damit zu erklären, dass ihre Hauptfunction nicht rein motorisch (gleichseitig), sondern (nach Ferrier) wesentlich das Gleichgewicht erhaltend sei. (Pat. konnte auf einem Stuhl sitzen.)

2) Herzkranke Frau mit paralytischer Contractur des linken Armes und Beines und Lähmung der linken Gesichtshälfte. Grosse Demenz. Verwirrtheit, hypochondrische Wahnideen, Unfähigkeit die Aufmerksamkeit zu fixiren. Grosse Tendenz zu Decubitus. Autopsie: mannigfache ältere und frischere Rindenherde rechts, vor allem an der (unteren?) Verbindungsstelle der Gyr. centr. ant. und post. und an einigen Stellen der obern Frontalwindung ohne nachweisbare secundäre Degeneration.

In beiden Fällen anscheinend keine mikroskopische Untersuchung. Smidt.

Digitized by Google

21) Case of chronic cerebral meningitis, chronic abscess of brain, limited peritonitis, obstruction of the portal and splenic veins and acute cerebro spinal meningitis by A. Hughes Bennett. (British med. Journ. May 20. 1882.)

Sehr complicirter und dunkler Fall. Häufig auftretende, meist rasch vorübergehende Paresen der linken Extremitäten, vielleicht zu beziehen auf eine fibröse Piaverdichtung über der rechten aufsteigenden Parietalwindung neben der Längsfurche, daneben war noch allgemeine chronische und zum Theil acute Meningitis, Abscess in der linken weissen Substanz und Portalthrombose vorhanden. Smidt.

---

22) Remarks on acute spinal paralysis. By W. R. Gowers. (British med. Journ. May 20. 1881.)

Bemerkungen über Aetiologie, Verlauf und Behandlung der „acuten Spinalparalyse" worunter G. alle circumscripten mit Muskelatrophie und Entartungsreaction einhergehenden acuten Spinalerkrankungen (Entzündungen, Hämorrhagien in die vorderen Hörner etc.) versteht. Fall bei einem über 70jährigen Manne. Nach rheumatoiden Nacken- und Schulterschmerzen Schwäche der rechten Hand mit Atrophie und Entartungsreaction des Extensor digit. comm. longus, Thenar und Hypothenar. Myxödem der betreffenden Hand. In 2 Fällen war ein vorangegangener Typhus die Ursache der Erkrankung. Smidt.

---

23) Remarks upon regressive paralysis chiefly as seen in the young subject (so-called infantile paralysis, acute spinal paralysis etc.) By W. H. Barlow. (British med. Journal. May 20. 1882.)

Statistische und casuistische Notizen über Aetiologie und Verlauf der Kinderlähmung ohne wesentlich Neues. Smidt.

---

24) Note sur l'état de la pupille chez les épileptiques en dehors des attaques par Marie. (Arch. de Neurolog. 1882. Vol. IV. 42.)

M. widerlegt die Angaben Gray's, dass die Epileptiker ausserhalb der Anfälle Besonderheiten in dem Verhalten der Pupillen (Erweiterung, schnellere Bewegung bei Lichtveränderung) darböten. Siemens.

---

25) Macroencéphalie avec chorée par Chambard. (L'Encéphale. 1882. Nr. 2.)

Das Gehirn des achtjährigen Mädchens wog 1270 Gramm und erschien makroskopisch und mikroskopisch normal. Während des Lebens bestand mässige geistige Schwäche, Chorea vom ersten Lebensjahre bis zum Tode und Schwäche der Unterextremitäten. In den letzten Lebenswochen stellten sich intensive trophische Störungen ein (vielleicht zum Theil traumatischen Ursprungs „la malade .. se heurte à tout moment contre les objets environnants" Ref.), welche den lethalen Ausgang herbeiführten: ausgedehnte Ulcerationen in Folge von Periostitiden mit Knochennecrose, Abscesse, Decubitus, Ecthymapusteln. Tuczek.

---

26) Un cas d'anévrysme de l'artère communicante postérieure par Klippel. (Soc. anatom. Séance du 20. VII. 81; Progr. méd. 1882. 18.)

Ein obturirtes Aneurysma, welches die rechte A. communicans post. der ganzen Länge nach einnahm, hatte zu völliger Immobilität des rechten Bulbus nebst Ptosis und beiderseitigen, nicht näher definirten, Sehstörungen geführt. Ausser diesen Com-

Digitized by Google

pressionserscheinungen keine weiteren Veränderungen, weder klinisch, noch anatomisch, auch keine Capillaraneurysmen. Tuczek.

Psychiatrie.

27) Recherches cliniques sur la fréquence des maladies sexuelles chez les aliénées par Danillo. (Arch. de Neurol. 1882. Nr. 11 p. 171.)

D. beginnt mit einer Uebersicht der Literatur. Danach ist die Meinung der Autoren getheilt; einige weisen den Genitalaffectionen eine grosse Rolle bei Entstehung der Seelenstörungen der Frauen zu, die andern gar keine. Die Ersteren zerfallen in drei Klassen: die Einen bringen nur die einfache Behauptung, die Anderen beziehen sich auf besondere Zustände (Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett, Lactation), die dritte Gruppe endlich führt positive Beobachtungen an, welche beweisen, dass verschiedene acute und chronische Sexualerkrankungen einen Einfluss auf Entstehung von Geistesstörung ausüben können. Die Zahlenangaben über diese Verhältnisse variiren bedeutend. D. hat nun auf Mierzejewski's Klinik in Petersburg 45 Fälle und auf Magnan's Abtheilung in Ste. Anne (Paris) 155, also im Ganzen 200 Kranke mit Speculum und Finger untersucht und Folgendes gefunden. Die Kranken standen im Alter von 15—75 Jahren. 140 hatten ihre Regeln, 60 waren in Menopause. Von den Ersteren waren 31 Jungfrauen, 41 hatten nicht geboren, 68 hatten geboren. Von den 60 Kranken in Menopause waren 2 Jungfrauen, 4 hatten nicht geboren, 44 hatten geboren. Die geistige Erkrankung dieser Frauen war: einmal Idiotie, 15mal Epilepsie mit Seelenstörung, 11mal Hysterie mit Seelenstörung, 14mal Dementia paralytica, 31mal chronische Seelenstörung, 2mal chronischer Alcoholismus, 10mal secundärer Blödsinn, 30mal Melancholie, 26mal Manie. Die 60 in Menopause: Secundärer Blödsinn 28, Paralyse 10, Melancholie 10, chronische Seelenstörung 9, chronischer Alcoholismus 3. Von diesen 200 Kranken hatten 69 % Störungen am Genitalapparat, bestehend in Endometritis, Parametritis, Metritis, (diffus oder partiell, chronisch oder acut), Ulcerationen am Muttermund, Flexionen und Versionen des Uterus, Oophoritis, Störungen der Menstruation, Dammrisse, Vaginitis und Vulvitis catarrhalis. Auch Ovarialkystom, Fibrom des Uterus, Papillome am Urethraleingang sind notirt, sowie Hyperästhesie der Ovarialgegend. Die genauere Analyse ergiebt, dass vor der Menopause in 84 %, nach derselben in 28 % Genitalaffectionen sich fanden. Es schien keine der gewöhnlichen Formen psychischer Erkrankung eine besondere Vorliebe für Genitalleiden zu haben, die Zahlen bei Melancholie, Manie, chronischer Seelenstörung und Paralyse sind procentisch fast gleich; dagegen von 38 Fällen des Blödsinns waren nur 11 geschlechtskrank, von 11 Hysterischen jedoch 10. Die leichteren Formen der Genitalleiden fanden sich bei Jungfrauen und denen, die nicht geboren, die ernsteren im Allgemeinen bei solchen, welche geboren hatten. D. kommt zu dem Schluss, dass bei schon bestehender Psychose die Genitalerkrankung von irritirendem Einfluss sein müsse und dass durch die andauernde Reizung der Genitalerkrankung auch gesunde Gehirne zur Erkrankung disponirt würden, besonders im Alter der vollen Geschlechtsfunction und in Verbindung mit andern Ursachen.

[Sollte der auffallend hohe Procentsatz D.'s nicht locale Ursachen haben? Man denke nur an das complicirte Geschlechtsleben der Pariserinnen, an die Häufigkeit des Abortus in Frankreich etc. Ausserdem sind alle, auch die kleinsten Störungen mitgezählt. Störungen der Menstruation sind oft Folgeerscheinung der Psychosen. Endlich fehlt der Vergleich mit den Befunden bei einer gleich grossen Anzahl geistig gesunder Frauen desselben Alters und derselben Lebensumstände. Ref.]

Siemens.

Digitized by Google

28) A case of trance in insanity T. D. Crothers. (The alienist and neurologist. July 1882. Sep.-Abdr.)

Interessanter Fall von Bewusstseinsstörung und Erinnerungsdefect bei einem Gewohnheitstrinker. Vater und Mutter an Auszehrung gestorben, Onkel mütterlicher- und väterlicherseits Trunkenbolde. Patient war nüchtern und geordnet, bis er um Schlaflosigkeit und nervöse Störungen in Folge häuslichen Kummers und Ueberanstrengung zu bekämpfen sich mehr und mehr dem Trunke ergab. Nach alcoholischen Libationen hatte er mehrere Male gut beglaubigte Bewusstseins- und Erinnerungsdefecte, mehrere Stunden bis mehrere Tage dauernd. In diesen Zuständen unternahm er complicirte Handlungen. Als Kutscher für eine Eisgesellschaft bestieg er den anders bemalten und bespannten Wagen einer fremden Gesellschaft, fuhr Eis aus und kassirte Rechnungen ein, ein zweites Mal am Bord eines Schiffes im Hafen beschäftigt, löste er in einem solchen Zustande den Vertrag, sein Betragen ruhig verantwortend, liess sich wieder von einer Eiscompagnie anwerben, fuhr Eis aus, deponirte Geld bei einer Bank etc. und kehrte später auf sein Schiff zurück, ohne von den Vorgängen der letzten Tage eine Erinnerung zu haben. Bei der Aehnlichkeit mit epileptoiden Zuständen fehlt doch anscheinend jedes auf Epilepsie hindeutende Zeichen, vielmehr bot Pat. bei seiner Aufnahme im Asyl das Exterieur eines Trinkers, Magenaffection, Schwund des Gedächtnisses etc. Smidt.

---

29) A clinical study of the disease and curability of inebriety by T. D. Crothers. (Sep.-Abdr. aus dem American Journal of the medical sciences. 1882 July.)

Verf. stellt 35 Fälle von chronischem Alcoholismus zusammen, die 1878 im Walaut-Lodge-Asylum, Hartford, Conn. behandelt wurden. 10 wurden geheilt, 20 bedeutend gebessert, 4 ungebessert entlassen, einer starb. In 8 dieser Fälle liess sich directe Vererbung nachweisen, in 23 weiteren Fällen entferntere hereditäre Anlage (Geistes- und Nervenkrankheiten in der Familie etc.). In den übrigen 4 Fällen war keine genaue Anamnese zu erhalten. Verfasser giebt dann eine genaue Uebersicht der directen Ursachen der Trunksucht, psychische Aufregungen, schwächende Lebensweise, Traumen etc., die wir im Detail nicht wiedergeben können. Ebensowenig eignet sich seine Darstellung des mehr oder weniger periodischen Verlaufes zum Referate. Die Behandlung bestand in Beschränkung der Alcoholzufuhr, tonischer Diät, und Electricität, Bäder, Mineralwassergebrauch etc. neben anregender Beschäftigung und Abhaltung psychischer Erregung.. Die Endresultate, soweit bekannt, waren: Gesund und nüchtern blieben sieben, 2 starben bis zum Tode nüchtern. Ein Rückfall: 5 Fälle. Zwei oder mehr Rückfälle, jetzt gesund (ebenso wie die vorigen): 5 Fälle. Rückfällig und noch trunksüchtig: 6. Tod in Folge Alcoholexcessen: 2. Rückfällig und jetzt in einer Irrenanstalt: 1. Rückfällig und jetzt paralytisch: 1. Periodisch rückfällig: 1. Während der Behandlung gestorben: 1. Unbestimmt: 4. Schliesslich vertritt Verf. noch lebhaft die Ansicht, dass der chronische Alcoholismus als Krankheit, nicht als moralischer Fehler zu behandeln sei. Smidt.

Therapie.

30) Zur Therapie der Diabetes mellitus.

Herrmann (Deutscher ärztl. Verein. Sitzung vom 8. Februar 1882. Petersb. med. Wochenschr. vom 19. August 1882.): Bei einem 40jährigen Mann mit 9 %

Digitized by Google

Zuckergehalt Codein dreimal täglich $^1/_2$ Gran. Sechs Tage später 6 % Zucker. Körpergewicht von 139 auf 149 Pfund gestiegen. Nach weiteren sechs Tagen $4^1/_3$ % Zucker; fünf Tage später nur Spuren von Zucker, die auch allmählich schwanden. Die Dosis des Codein war auf 6 Gran pro die gestiegen. Der Tod erfolgte durch Phthisis bei zuckerfreiem Urin drei Wochen später.

Worms (La France méd. Nr. 41. 1882. Deutsche Med. Ztg. 7. Sept. 1882) wendet bei Fällen von Glycosurie, in denen ausser dem Vorhandensein von Zucker im Harn keinerlei functionelle oder tiefer liegende organische Veränderungen sich erkennen lassen (besonders häufig von Worms beobachtet bei geistig sehr beschäftigten Männern, die sich wenig Bewegung machten). Chinin. sulf. zweimal täglich zu 0,4 Gramm während 15—20 Tagen und erreichte in 30 Fällen bedeutende Verminderung der Zuckermenge im Harn. Er hält diese Fälle für Folge nervöser Erschöpfung.

Félizet, Paris (Bull. de l'académ. de méd. Séance 8. Août 1882. Deutsche Med. Ztg. 7. Sept. 1882.), machte Thiere durch Diabetesstich diabetisch und liess hierauf intravenöse Injectionen von Bromkalium folgen, wonach Verminderung des Zuckergehalts des Urins eintrat. In 15 durch sechs Jahre hindurch beobachteten Fällen konnte er die Heilbarkeit des Diabetes mittelst Bromkalium sorgsam bestätigt finden. Er unterstützt die Behandlung durch die übrigen Mittel, besonders durch körperliche Uebungen. M.

---

31) **Fall von typischer progressiver Bulbärparalyse durch Gebrauch einer Badecur in Teplitz fast vollständig geheilt** von Dr. Heller in Teplitz, Böhmen. (Petersb. med. Wchschr. 1882. Nr. 9.)

Ein 34jähriger Mann, bei welchem die wesentlichsten Erscheinungen der progressiven Bulbärparalyse vorhanden waren, wurde bei dreiwöchentlichem Gebrauche von 26—27grädigen Bädern in Teplitz (Steinbad, indiff. Therme) soweit gebessert, dass die Sprache nur noch wenig näselnd war, der Schlingact fast ganz frei vor sich ging, die Zunge fleischiger, die Haltung des Kopfes wieder sicher wurde und er ohne sonderliche Ermüdung längere Spaziergänge machen konnte. Eine, wie in einem von Eulenburg (Nervenkrankh. 2. Aufl. II. S. 610) erwähnten Falle von Bulbärparalyse vorhandene Lähmung des rechten Abducens besserte sich unter Anwendung localer Galvanisation nur für kurze Zeit. Emminghaus.

---

32) **On the cure of epilepsy by ligature of the vertebral arteries** by William Alexander. (Medical times and gazette. March 11. 1882.)

The treatment of Epilepsy by ligature of the vertebral arteries by William Alexander. (Brain. 1882 July.)

Verf. berichtet über 22 Fälle von Vertebralarterienligatur bei Epilepsie. Drei Patienten waren ein Jahr lang ganz gesund, neun sind erst seit kürzerer Zeit operirt, aber noch frei von Anfällen, acht zeigen sehr bedeutende Besserung. Einer starb in einem Anfall zwei Monate nach seiner Entlassung.

Verf. macht den Hautschnitt gegenüber dem unteren Ende und an der äusseren Seite der Jugularis externa einen Zoll über der Clavicula nach aufwärts zu drei Zoll längs dem äusseren Rande des Sternocleidomastoideus. Er geht dann meist stumpf vor in den Sulcus zwischen Scalenus anticus und Longus colli zum sechsten Halswirbel, drainirt später und verbindet mit Carbolschwamm und grossem Gazeverband. Er hält die Operation für indicirt, wenn die Beseitigung etwaiger peripherer Reize oder die medicamentöse Behandlung erfolglos ist und unterbindet eventuell beide Arteriae vertebrales zugleich. Smidt.

Digitized by Google

Forensische Psychiatrie.

33) La législation russe sur les Aliénés par Marchant. (Ann. méd. psych. 1882. Juli. p. 91.)

Aus den angeführten gesetzlichen Bestimmungen ergiebt sich, dass bei Entmündigungen neben gerichtlichen auch Verwaltungsbeamte, sowie unter Umständen Vertreter von Corporationen (Adelsmarschälle, Delegirte von Beamtenkategorien) fungiren. Bei criminellen Fällen soll die Untersuchung eigentlich in Gegenwart des Gerichtshofs durch die Aerzte vorgenommen werden, oft jedoch wird statt dessen der Explorand in eine Anstalt verbracht. Das Gutachten ist für das Tribunal nicht bindend. Die Fassung — nach dem französischen Berichte —: dass eine strafbare Handlung nicht vorhanden sei im Falle einer Geistesstörung (demence, folie) oder eines Krankheitsanfalles, der Tobsucht oder vollständigen Bewusstseinsverlust herbeiführen kann, ist nicht befriedigend. „Ein geistiger Schwächezustand ist als Milderungsgrund für den Angeklagten zu betrachten" entspricht dem Bedürfnisse.

Moeli.

---

34) Some medico-legal aspects of morphia-taking with special reference to „the Lamson case" by H. H. Raue. (Alienist and neurologist. July 1882.)

Verf. theilt zunächst verschiedene Gutachten amerikanischer und europäischer Autoritäten in Bezug auf den Geisteszustand des Dr. Lamson mit. Dr. Lamson, Morphinist seit vielen Jahren, hatte seinen Vetter Percy John, einen Krüppel, durch dessen Tod er angeblich Vermögensvortheile erlangen sollte, durch grosse Dosen Aconit, als schmerzstillendes Mittel gegeben, getödtet und wurde zum Tode verurtheilt. Der Vertheidiger stellte ihn als geisteskrank in Folge von Morphiumabusus dar. Verf. hebt hervor, dass Morphinisten meist einen der Moralinsanity sehr ähnlichen Geisteszustand zeigen: Hang zum Lügen, Interesselosigkeit für Familie, Religion, Geschäfte, Stehlsucht etc. Ferner haben mehrere in seiner Behandlung befindliche morphiumsüchtige Aerzte ihm das Geständniss gemacht, dass sie auch ihren Patienten gegenüber sehr leichtsinnig mit Giften seien, nicht nur mit Morphium, sondern auch mit Atropin, Strychnin etc. Einer derselben hatte durch zu grosse Strychnindosen schwere Convulsionen erzeugt, ein anderer den Tod seines Patienten durch grössere Morphiumdosen verschuldet. Endlich sollen Bewusstseins- und Erinnerungsdefecte (trance) bei Morphinisten vorkommen, wie sie u. A. Crothers bei Alcoholisten beschrieb. Er plaidirt dafür, dass Morphinisten, die die ersten Zeichen geistiger Störung zeigen, in Asyle als gemeingefährlich unterzubringen seien.

Smidt.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Section für Psychiatrie und Neurologie der Naturforscherversammlung 1882. (Schluss.)

II. Sitzung am 20. September.

Vorsitzender: Geh.-Rath Snell.
Schriftführer: Dr. Tuczek.

1) Weigert demonstrirt Schnittpräparate des Centralnervensystems, in welchen, bei Erhaltung der übrigen Gewebstheile, die markhaltigen Nervenfasern besonders schön nach folgender Methode gefärbt sind: die Schnitte des in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Präparats werden in die concentrirte Lösung von Säurefuchsin (käuflich bei Dr. Grübler in Leipzig, Dufourstrasse Nr. 17 unter der Bezeichnung „Fuchsin

Digitized by Google

S. Nr. 130") gelegt. Sie bleiben darin bis 24 Stunden, werden dann nach Abspülung mit Wasser für einen Moment in alcoholische Kalilösung von circa $^1/_{20}$ % gelegt, hierauf in Wasser und dann der gewöhnlichen Damarharzbehandlung unterworfen.

2) v. Gudden, „Ueber den Nervenfaserverlauf im Opticus und in der Retina." Vortr. resümirt die bisherigen Ergebnisse experimenteller Erforschung des centralen Sehorgans, äussert seine Bedenken wegen der sich widersprechenden Resultate Munk's und macht auf die Schwierigkeiten aufmerksam, beim Hunde Sehstörungen nachzuweisen. Er berichtet sodann über seine neuen Experimente am Kaninchenhirn:

1. Bei Wegnahme der Rinde eines der oberen Vierhügel erfolgt contra-laterale Blindheit, während die Bewegung der Pupille intact bleibt. Im Opticus und in der Netzhaut resultirt eine allgemeine (nirgends locale) Abnahme der Nervenfasern. — 2. Entfernt man ein vor dem oberen Vierhügel gelegenes Centrum, so wird die Pupille des gegenüberliegenden Auges weit und ihre Bewegung hört auf. Der Opticus wird kleiner, bleibt aber weiss; auch in der Netzhaut hat die Zahl der Nervenfasern abgenommen, ihre Vertheilung ist aber vollständig gleichmässig wie beim normalen Thier. — 3. nimmt man das Corp. genic. ext. weg, so wird der Sehnerv atrophisch und in der Netzhaut finden sich gar keine Nervenfasern; die Pupille ist zwar unbeweglich, aber nicht so weit. — Der obere Hügel ist also ausschliesslich Sehcentrum, das zweite Centrum dient der Pupillenbewegung, das dritte möglicherweise der Erweiterung der Pupillen.

3) Moeli, „Ueber Melancholie nach Verrücktheit". Eine Frau erkrankte acut mit primären Eifersuchts- und Verfolgungsideen und Sinnestäuschungen, dann, nach scheinbarer Genesung, mit Melancholie. Derartige Fälle sind, wie Snell und v. Gudden bestätigen, sehr selten; letzterer betont und erläutert an Beispielen, deren auch Brosius anführt, wie vorsichtig man in der Deutung von Eifersuchtsideen als Krankheitserscheinungen sein muss.

4) Rumpf, „Ein Fall von spinaler Kinderlähmung mit Atrophie der motorischen Hirnpartien." Ein 17jähriger Mensch war im dritten Lebensjahr von einer acut fieberhaften Krankheit befallen, in deren Gefolge sich eine Lähmung der gesammten rechten Seite einstellte, die sich bis zu einem gewissen Grade wieder besserte. Dennoch blieb die ganze rechte Seite dauernd paretisch, die Musculatur bedeutend atrophisch. Im Rückenmark fand sich Poliomyelitis anterior dextra mit Atrophie des Vorderhorns der ganzen Länge nach, in den Pyramidenseitenstrangbahnen dagegen keine secundäre Degeneration. Die linke Grosshirnhemisphäre war 14 Gramm leichter als die rechte und schienen besonders die Centralwindungen verschmälert. Die Discussion drehte sich um den Ausgangspunkt des Leidens; an derselben betheiligten sich v. Gudden, Rumpf, Binswanger, Tuczek.

5) Kuhnt (Jena) berichtet über „Beobachtung an Enthaupteten", die er in einem Fall 25 Secunden, im andern 27 Secunden nach der Decapitation machen konnte. Die Reflexerregbarkeit von der Cornea und den Conjunctiven aus war vollkommen verschwunden; dagegen verengerten sich die Pupillen, wenn das Rückenmark von der Schnittfläche, genau in der Höhe des Körpers des sechsten Halswirbels aus electrisch gereizt wurde. Tuczek.

Aus der Naturforscherversammlung. Discussion über Verbrechergehirne in der anatomischen Section der Naturforscherversammlung zu Eisenach den 19. Sept. 1881.

Bardeleben, Jena, leitet die Besprechung der Frage damit ein, dass er auf das Schwanken des Begriffs „Verbrechen" nach Zeitalter und Nationalität aufmerksam macht und die von wesentlichen Abweichungen freien Gehirne zweier Mörder demonstrirt.

Digitized by Google

Flesch, Würzburg, theilt mit, dass er durch das Entgegenkommen des königl. bairischen Ministeriums Aufschluss über das Vorleben verstorbener Verbrecher erhalten habe und dass die zahlreichen von ihm angestellten Untersuchungen ergeben hätten, dass die im Einzelnen immer unter einander abweichenden Veränderungen theils morphologischer, in anderen Fällen pathologischer Natur seien. Von den letztgenannten Befunden sind hochgradige allgemeine oder unregelmässige Abweichungen in der Dicke der Knochen, Verdickung der Häute (auch bei jugendlichen Individuen) zu nennen. Er demonstrirt an Zeichnungen cystische Räume in der Substanz des Grosshirns. Weiterhin zeigt er Zurückbleiben der Kleinhirnentwickelung mit Entstehen eines mittleren Lappens, Blossliegen der Inselwindungen, Unregelmässigkeiten der Gefässstärke und Anordnung in Abbildungen vor. Abnormitäten der Windungen sind oft in hohem Maasse ausgebildet, meistens besteht eine Ausbildung zahlreicher Nebenwindungen und mehr scheinbare Unregelmässigkeit, die sich auf das normale Verhalten noch zurückführen lässt, seltener und zuweilen mit Gefässanordnung verbunden, tritt eine vollständige Verwerfung, abnorme Richtung und Anordnung der Windungen auf.

Binswanger, Jena, hat relativ häufig eine Fortsetzung der Parallelfurche nach der Spitze des Occipitallappens hin beobachtet. Die Abweichungen im Windungstypus sind am häufigsten in den Centralwindungen auffällig.

Gegenüber einer Bemerkung Mendel's, dass die cystischen Räume möglicherweise Härtungsproducte seien, hält Flesch die Deutung derselben als intra vitam entstandener aufrecht. Die einfache Unterbrechung der vorderen Centralwindung beobachte man häufiger, seltener sei die der hinteren. Moeli.

Versammlung der „Association française pour l'avancement des sciences". Aus der Sitzung der Section des sciences médicales den 25. u. 26. Aug. 1882 in la Rochelle.

Boucheron trägt seine Ansicht über eine häufige Entstehungsart der Taubheit und Taubstummheit vor. Die Obliteration der Tuba Eustachii bewirkt, dass die Luft der Trommelhöhle resorbirt und dadurch das Trommelfell und secundär das Labyrinthwasser dem Atmosphärendrucke (1 kg auf 1 qcm) ausgesetzt wird. Die Folge hiervon ist Atrophie der Acusticusfasern im Labyrinth.

P. Landowski spricht über Morphiomanie und Morphinismus. Zwar werde in Deutschland am meisten Missbrauch mit dem Morphium getrieben, aber auch in Frankreich geschehe es neuerdings mehr und mehr, namentlich seitens der Aerzte. L. fand unter 160 Morphiomanen 56 Aerzte und 28 Personen, die in Beziehung zur Medicin stehen (Frauen von Aerzten, Hebammen, Krankenwärter u. s. w.). Therapeutisch übt L. die Methode der graduellen Entziehung, rasch bis 0,1 pro die fallend, dann ganz langsam die Dosis verringernd. Ueble Zufälle bekämpft er besonders mit Extr. Opii und Hydrotherapie. — Prophylaktisch warnt L. vor Anwendung der Morphium-Einspritzungen ohne strenge Indication, und vor Allem vor Gestattung des Gebrauchs der Spritze seitens der Kranken selbst oder ihrer Umgebung.

Verneuil erinnert an die bei Morphiomanen nach Operationen auftretenden üblen Zufälle — diffuse Phlegmonen, bösartige Erysipele, Darmaffectionen —, denen die Kranken oft schnell erliegen.

Dransart theilt seine zahlreichen Erfahrungen über den Nystagmus [1] und die Hemeralopie der Grubenarbeiter mit. Er erklärt den Nystagmus für eine peripherische Affection, entstanden durch Ermüdung der die Erhebung des Auges bewirkenden Muskeln und Nerven, welche bei der Arbeit in den niedrigen Stollen und Gängen übermässig angestrengt würden. Das Leiden sei übrigens durchaus heilbar.

---

[1] Cf. dieses Centralbl. S. 381.

Digitized by Google

Henrot entwickelt seine Ansicht über das Myxödem (Cachexie pachydermique), nach welcher dasselbe eine Rückkehr des Bindegewebes in den embryonalen Zustand darstellt, und zwar unter dem Einfluss einer Hypertrophie der Ganglien des Sympathicus und seiner Annexe, der Hypophysis und des Conarium (appareil cinorio-hypophysaire). Hadlich.

Académie des sciences, Paris. Sitzung den 7. August 1882.

Dastre und Morat fanden, ganz analog ihren Resultaten über die gefässerweiternde Eigenschaft des Sympathicus im Gebiet des Mundes und der Lippen beim Hunde (s. dies. Centralbl. S. 430), folgende Ergebnisse in Bezug auf das Ohr nach Experimenten bei verschiedenen Thieren: Es treten aus dem Rückenmark durch die vorderen Wurzeln des achten Hals- und ersten Dorsalnerven Fasern auf dem Wege der Rami communicantes zum Sympathicus in Höhe des Ggl. thorac. prim., welche die Gefässerweiterung des Ohres vermitteln. Durchschneidet man nämlich das Rückenmark im unteren Cervicaltheile, so tritt eine vorübergehende starke Congestion des Ohres (und anderer Kopftheile) ein. Auf Reizung der peripherischen Schnittfläche (nur dieser), ebenso wie auf Reizung der vorderen Wurzeln des N. cervic. VIII und dors. I, sowie ferner auf Reizung von deren Rami communic. tritt diese Congestion von neuem auf.

Vulpian: Sur la sensibilité des lobes cérébraux chez les mammifères. — Im Jahre 1880 hatte L. Couty bei mechanischer Reizung der Grosshirnrinde nicht nur Bewegungen der Extremitäten der entgegengesetzten Seite, sondern auch solche der gleichen Seite beobachtet. Er hatte letztere als Reflexbewegungen aufgefasst, vermittelt durch sensible Reizbarkeit der Rinde. — Vulpian hat neue Versuche hierüber bei Hunden, Katzen und Kaninchen angestellt und gefunden:

1) Bei mechanischer Reizung verschiedenster Art der Grosshirnrinde tritt keine Zuckung in irgend einem Theile des Körpers auf. — 2) Ebensowenig ruft mechanische Reizung der grauen Rinde der Hemisphären Schmerzäusserungen hervor, während man diese ja bekanntlich bei galvanischer und faradischer Reizung beobachtet. — 3) Wohl aber zeigen die Thiere Schmerzempfindung, wenn die mechanische Reizung sich in die Tiefe der grauen Rinde, bis in die weisse Substanz erstreckt. Es treten dann Bewegungen, aber ganz unbestimmte und wechselnde, nicht auf einen bestimmten Körpertheil beschränkte auf. — Die Sensibilität der subcorticalen Hirnsubstanz ist sicher vorhanden, aber sie ist ziemlich stumpf und sehr viel geringer, als die der Dura. Sie ist relativ am stärksten unter der Rinde der motorischen Zone.

Sitzung den 21. August 1882.

Vulpian: Sur les effets vaso-moteurs par l'excitation du segment périphérique du nerf lingual. — Die Hyperämie einer Zungenhälfte nach Reizung des peripheren Endes des N. lingualis dieser Seite ist bekannt. V. fand bei Hunden, dass sie auch eintritt nach Unterbindung aller zuführenden Gefässe (beide Carotiden und Vertebralis), sowie nach Durchschneidung des Vago-Sympathicus und Entfernung des Ggl. cervical. sup. derselben Seite. Diese Hyperämie hält noch ein bis zwei Minuten an, wenn nach eingetretenem Stillstand des Herzens andere Schleimhäute verblasst sind. Es ist nun aber ausserdem eine Folge der Reizung des peripheren Lingualis-Endes der einen Seite, dass die Schleimhaut der Zungenhälfte der anderen Seite eine Gefässconstriction zeigt, blasser als normal wird, wobei die Farbe der grösseren Venen schwärzlich wird. Diese Constriction der Gefässe der entgegengesetzten Seite verliert sich nach Aufhören der Reizung des Lingualis-Endes schneller ($^1/_2$—1 Minute), als die Dilatation der gleichen Seite (bis 10 Minuten).

Hadlich.

Digitized by Google

IV. Bibliographie.

Die Erschöpfungszustände des Gehirns von Dr. L. Löwenfeld, München. (München, Finsterlin. 1882.)

Verf. entwirft auf Grund seiner Beobachtungen (es sind sieben in extenso mitgetheilt) ein Bild der cerebralen Form der Neurasthenie, für die er die im Titel genannte Bezeichnung gewählt hat. Seine Schilderung der Symptome entspricht im Wesentlichen der anderer Autoren (Beard, Runge, Möbius u. A.). Specielle Aufmerksamkeit und zugleich die Kritik fordert der VI. Abschnitt heraus. Bei Gehirnasthenikern ist nach dem Verf. das Verhalten des Gehirns gegen den galvanischen Strom ein anderes als bei Gesunden und zwar findet sich sowohl gesteigerte, als herabgesetzte Empfindlichkeit neben „normaler". Dies mag im Allgemeinen zugegeben werden; wie aber Verf. dazu kommt, eine Norm für die (bekanntlich auch bei Gesunden sehr verschiedene) Empfindlichkeit gegen die Galvanisation des Gehirns aufzustellen — diese soll bei Gesunden lediglich der Stärke des angewandten Stromes entsprechen —, ist dem Ref. unverständlich. Auch mit dem Gedanken einer systematischen Verwerthung des galvanischen Stroms zur Prüfung der Erregbarkeit des Gehirns, ähnlich wie beim peripheren Nerven, und mit der Aufstellung von drei Formen der Erschöpfungszustände auf Grund der galvanischen Exploration kann Ref. sich nicht befreunden.

Bezüglich der Entstehung des Schwindels bei der Galvanisation des Kopfes ist Verf. von seiner früheren Ansicht, dass derselbe durch Aenderung der Circulationsverhältnisse im Gehirn herbeigeführt würde, zurückgekommen, und nimmt jetzt eine directe Beeinflussung des Gehirns durch den Strom an. Eine Beobachtung, einen Gehirnastheniker betreffend, bei dem wenige Augenblicke nach Schluss des Stromes (bei Querleitung durch den Kopf) intensiver Schwindel eintrat, während eine Aenderung an den Retinalgefässen erst geraume Zeit später constatirt werden konnte, hat Verf. zu dieser Anschauung gebracht.

L. zieht es vor, keine Hypothese über die Theorie der Gehirnerschöpfung aufzustellen, spricht sich aber auch im practisch-therapeutischen Interesse nachdrücklich gegen die Annahme aus, dass lediglich Circulationsanomalien (Hyperämie oder Anämie) derselben zu Grunde lägen. Therapeutisch empfiehlt Verf. warm die Galvanisation und in beschränkterem Umfang die Faradisation des Kopfes. Eisenlohr.

Ueber die Gesetze des periodischen Irreseins und verwandter Nervenzustände von San.-R. Dr. Koster. (Bonn. Emil Strauss. 1882. 139 S.)

Mit durch fortgesetzte Beobachtung vermehrtem Materiale nimmt K. die bekanntlich von ihm allein in Deutschland literarisch vertretene Hypothese von dem Einflusse des Mondes auf den Verlauf des Irreseins wieder auf.

Das Detail der Arbeit, für jeden Fall die entsprechenden Beziehungen mathematisch darstellend, entzieht sich dem Referate und müssen wir uns auf die Anführung der wichtigsten Schlusssätze K.'s beschränken.

Die Periodicität tritt zu allen Formen des Irreseins, bei den gewöhnlichen acuten oder chronischen Formen tritt sie auf als Remission oder Intermission. Fälle mit jahrelangen freien Zwischenzeiten können als Anfälle derselben Erkrankung angesehen werden; die gleichen Gesetze der Periodicität gelten auch für die Epilepsie (auch die psychische), ebenso nicht selten für den Tod der Geisteskranken.

Die Perioden bilden sich nach Zeiträumen aus, die entweder selbst oder deren Combinationen durch die Zahl sieben theilbar sind; sie zeigen ein allmähliches An-

Digitized by Google

und Abschwellen; die dadurch entstehenden Wellen bilden wieder durch sieben theilbare Zeitabschnitte. Die durch sieben theilbaren Zahlen heissen anomalistische, weil sie mit der Dauer des sogenannten animalistischen Umlaufs des Mondes um die Erde (28 oder 4×7 Tage) ausmessbar sind. Abweichungen von dieser Zahl, welche höchstens zwei Tage betragen, erklären sich aus dem anomalen Umlaufe des Mondes, der bis zu vier Tagen differiren kann. Für den Einfluss des Mondes ausser dem Vorangeführten spricht, dass eine Mehrheit der Beginne und Ausgänge der Periode in der Nähe des Perigaeum oder Apogaeum oder doch an Tagen der gleichen Entfernung des Mondes von der Erde liegt. Ein Einfluss des Standes der Sonne zur Erde auf die Periodicität des Irreseins ist nicht unwahrscheinlich; wahrscheinlich ist auch der Einfluss des Erdmagnetismus auf die Erregungen der Irren und Epileptiker; dieser Einfluss bildet vielleicht, da der Einfluss des Mondes auf den Erdmagnetismus feststeht, das Zwischenglied für jenen Einfluss. Anderweite Einflüsse, Affecte, körperliche Krankheiten etc. modificiren die Periodicität, die Modification steht aber unter dem Einflusse des Hauptgesetzes.

Eines kritischen Urtheils über die von K. selbst als Hypothese hingestellte Anschauung müssen wir uns enthalten. Der Nachweis der Richtigkeit der Hypothese wird durch andere Untersuchungsmethoden zu liefern sein. A. Pick.

The human brain; histological and coarse methods of research. A Manual for students and Asylum medical officers by W. Bevan Lewis. London. Churchill. 1882.

In der vorliegenden Schrift hat L., bekannt durch mehrfache einschlägige Arbeiten, seine Artikel über die makro- und mikroskopische Behandlung des Gehirns in der Zeitschrift „Brain" zu einem selbstständigen Ganzen vereinigt und sich dadurch den Dank aller Interessenten verdient; wohl viele hatten den Wunsch, eine Zusammenstellung der in den verschiedensten Zeitschriften und histologischen Handbüchern oft vergrabenen Methoden zu besitzen; bei L. findet sich nun das Wichtigste in wünschenswerther Ausführlichkeit vereinigt, sodass wir daran nur den Wunsch knüpfen können, recht bald auch eine deutsche Bearbeitung des Werkchens begrüssen zu können. Dass L. auf die makroskopische Untersuchung besonderes Gewicht legt, die dabei in Betracht kommenden Fragen und Gesichtspunkte eingehend für die verschiedenen Hirnabschnitte darlegt, ist ein weiterer Vorzug.

Die Ausstattung ist glänzend; die beigegebenen Photographien der Hirnoberfläche nach Bischoff sind unserer Meinung nach zu klein, um den gewünschten Gebrauch davon machen zu können. A. Pick.

V. Vermischtes.

Die Société médico-psychologique zu Paris hat folgende Preisaufgaben ausgeschrieben: Für 1884 Prix Aubanel (3600 Fr.): Existe-t-il des signes ou des indices, qui permettent de reconnaitre, qu'une maladie mentale est héréditaire en l'absence de notions sur les antécédents? Exposer ces caractères. Für 1885 Prix Belhomme (900 Fr.): Des moyens propres à développer la faculté du langage chez les idiots.

Druckfehlerberichtigung:

Seite 454 Zeile 14 lies „Lösung" statt „Leistung".

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. November. No. 21.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Zur Kenntniss des „äusseren Acusticuskerns" und des Corpus restiforme von **Monakow.** 2. Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis von **Rumpf.** — **II. Referate.** Anatomie. 1. Beiträge zur Kenntniss der postembryonalen Entwickelung des menschlichen Schädels von **Merkel.** — Experimentelle Physiologie. 2. Wirkung einiger chem. Stoffe auf die associirten Augenbewegungen, untersucht von **Kovács u. Kertész,** mitgetheilt von **Högyes.** — Pathologische Anatomie. 3. Sarcom an der Oberfläche des Gehirns von **Otto.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Zur Casuistik der Hirntumoren von **Weinstein.** 5. Tuberkel im mittleren Drittel der linken vorderen Centralwindung von **Chvostek.** 6. Homonyme bilaterale Hemianopsie von **Marchand.** 7. Localisation of the visual centres. By **Mickle.** 8. On meningeal tuberculosis. By **Mickle.** 9. Encéphalite traumatique etc. par **Duplaix.** 10. Ramollissement de l'insula gauche; etc. par **Marie.** 11. Carcinome du rein droit etc. par **Siredey.** 12. Mal de Pott etc. par **Mathieu.** 13. Fracture indirecte de la neuvième vertèbre dorsale etc. par **Carafi.** 14. Lésions osseuses etc. par **Féré.** 15. Des caractères anatomiques de la contusion cérébrale etc. par **Marchand.** 16. Ein Fall von acuter Jodintoxication von **Wille** und **Riedtmann.** 17. Epilepsy etc. by **Herbert.** 18. Traumatische Lähmung des Plexus brachialis von **Erlenmeyer.** 19. Practical observations on electrodiagnosis in paralysis by **Bennet.** 20. The nervous symptoms of myxoedema by **Hadden.** 21. Typhoid fever in relation to disease of the optic disc. by **Oglesby.** 22. Glioma of the right hemisphere by **Shaw.** 23. Pseudo-hypertrophie muscular paralysis by **Goodridge.** 24. Suspended cerebral function etc. by **Russel.** 25. A clinical lecture on the nature of what is called sciatica by **Hutchinson.** 26. Case of symmetrical syphilitic disease of the third nerves etc. by **Ormerod.** 27. Fall von Tetanie von **Röhring.** 28. Tabes dorsalis im frühesten Kindesalter von **Leubuscher.** 29. Spiegelschrift von **Peretti.** 30. Onanisme avec troubles nerveux etc. par **Zambaco.** 31. Cortex-Hemianopie von **Haab.** — Psychiatrie. 32. Traumatisme avec perforation du crâne par **Petrucci.** 33. Note sur un cas de folie sympathique par **Pons.** 34. Les lésions ophthalmoscopiques dans la paralysie générale par **Duterque.** 35. Mal perforant du pied etc. par **Christian.** 36. „Moral insanity" von **Hollländer.** 37. Gewichtsveränderungen nach epilept. Anfällen von **Schuchardt.** 38. Das Verhältniss der Dementia paralytica zur Syphilis von **Snell.** 39. The knee-jerk in general paralysis by **Mickle.** 40. On types of imbecility by **Beach.** 41. Impulsives Irresein von **Pohl.** 42. The evidences of insanity discoverable etc. by **Spitzka.** 43. Geistesstörung bei einem Kinde von **Berner.** 44. Psychische Schwäche von **Kräpelin.** — Therapie. 45 u. 46. Zur Trepanationsfrage. 47. Zur Therapie der Chorea. 48. Nerve-vibration by **Granville.** 49. Du traitement de la nevralgie sciatique par **Glatz.** — Forensische Psychiatrie. 50. Perverser Sexualtrieb von **Kirn.** 51. Insane Criminals. 52. Moral insanity etc. by **Manning.** 53. Forensische Casuistik von **Fritsch.** 54. Guiteau by **Lamb.** 55. L'Empoisonneur Lamson par **Ball.** 56. La folie cause de divorce? Par **Luys.** — **III. Aus den Gesellschaften.** — **IV. Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

1. Zur Kenntniss des „äusseren Acusticuskerns" und des Corpus restiforme.

Vorläufige Mittheilung von Dr. **v. Monakow,** II. Arzt in St. Pirminsberg (Schweiz).

Bei einem Kaninchen, welchem am Tage der Geburt die linke Rückenmarkshälfte hart unter der Pyramidenkreuzung durchtrennt wurde und das sechs Monate lang am Leben blieb, zeigten sich im Gehirn folgende Veränderungen:

Digitized by Google

In der Gegend der Operationsstelle eine erbsengrosse Blase. Die linke Rückenmarkshälfte unmittelbar unter der Pyramidenkreuzung in der Längenausdehnung von circa 3 mm nahezu total zerstört. Auf Querschnitten durch die defecte Stelle zeigt sich nur der medianste Theil des Vorderstrangs und ungefähr die Hälfte des GOLL'schen Strangs erhalten, alle übrigen Fasersysteme sowie die gesammte graue Substanz sind total zerstört. Die rechte Rückenmarkshälfte überall vollständig intact.

Die Querschnittserien des in chromsauren Kali gehärteten Gehirns zeigen: 1) totale Atrophie des linken Seitenstrangkerns der Med. obl.; 2) partielle Atrophie der linken Formatio reticular. mit vielen grossen und kleinen Ganglienzellen frontalwärts immer mehr und mehr, aber nicht vollständig, abnehmend; 3) totale Atrophie der Kleinhirnseitenstrangbahn; 4) totale Atrophie des linken Fun. cuneat. mit dessen Kern, derart, dass in den ersten Ebenen aufwärts des N. hypoglossus die aufsteigende Quintuswurzel direct an den GOLL'schen Strang und Kern grenzt; 5) hochgradige Atrophie des äusseren Acusticuskerns (DEITERS'scher Kern) links; 6) partielle Atrophie des linken Corpus restif. (innere Abtheilung), deren Ausdehnung der Summe der Querschnitte der Kleinhirnseitenstrangbahn und dem Fun. cuneat. entspricht; 7) partielle Atrophie der Rinde des linken oberen Wurms.

Sämmtliche Acusticuswurzeln links völlig normal und ebenso schön entwickelt wie rechts; ebenso die sogenannte innere Abtheilung des Kleinhirnstiels (MEYNERT) und die aufsteigende Trigeminuswurzel ganz intact.

Aus diesen Befunden folgt zunächst: 1) dass der sog. „äussere Acusticuskern" (DEITERS'scher Kern) von Rückenmarksfasern abhängig ist und weder mit den Acusticuswurzeln (Ansicht von DEITERS), noch (höchstwahrscheinlich) mit der inneren Abtheilung des Kleinhirnstiels in irgend welcher Beziehung steht; 2) dass der Fun. cuneat partiell in das Corp. restiforme verläuft; 3) dass die Kleinhirnseitenstrangbahn im oberen Wurm endigt.

Eine eingehende Besprechung der soeben kurz berührten Befunde, sowie der daraus sich ergebenden Thatsachen behalte ich mir für später und für einen andern Ort vor.

St. Pirminsberg, 16. October 1882.

---

2. Zur Pathologie und Therapie der Tabes dorsalis

von Dr. **Th. Rumpf.**

(Vortrag gehalten am 19. Sept. 1882 in der med. Section der Versammlung deutscher Aerzte und Naturforscher.) (Original-Referat.)

Nachdem der Vortr. zunächst die geringen Fortschritte erwähnt, die die Behandlung der Tabes im Verhältniss zur pathologischen Anatomie und zur klinischen Diagnose der Erkrankung gemacht hat, wendet er sich zum Kern seines Vortrags zur Therapie der Tabes dorsalis.

Selbstverständlich erfährt zunächst die Aetiologie und vor allem die Lues in der Vorgeschichte der Tabes eine ausführliche Besprechung. Ist doch gerade

Digitized by Google

von diesem Gesichtspunkt aus in neuerer Zeit ein für die Behandlung der Tabes nicht ganz gleichgültiger Vorschlag gemacht worden.

So gross auch anfänglich die Scepsis war, einen Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes anzunehmen, so sind doch die Zahlen über das anamnestische Vorkommen von Lues bei der Tabes viel zu gross, als dass die Frage mit einigen Einwendungen jetzt erledigt werden könnte.

Am höchsten und vielleicht nicht ganz einwandsfrei, was die typische Tabes betrifft, sind die Zahlen von Fournier, der in neuester Zeit 80 % in der Vorgeschichte fand. Doch fand auch der Vortragende unter 27 auf Lues examinirten Fällen 66 % mit vorausgegangener Lues, ein Verhältniss, das also dem von Erb und Gowers angegebenen ziemlich gleich ist. Als interessant hebt der Vortr. hervor, dass in allen diesen Fällen nur ausserordentlich leichte Symptome der Infection vorhanden gewesen zu sein scheinen und demgemäss die Behandlung eine ausserordentlich kurze und wenig durchgreifende war, ein Gesichtspunkt, der einmal vielleicht zur Klärung der Differenzen in der Anamnese beizutragen im Stande ist, dann aber möglicher Weise als Mahnung dient, auch die anscheinend leichtesten und rasch zurücktretenden Fälle von Lues consequent und durchgreifend zu behandeln.

Indessen sind die Erfolge bei rein antiluetischer Behandlung selten gross. Viele der beschriebenen geheilten und gebesserten Fälle gehören der typischen Tabes nicht an und ein Fall, wie der von dem Vortr. beschriebene, eines nach 88 Einreibungen völlig hergestellten und seinen Dienst schon mehr als 2 Jahre wieder verrichtenden Locomotivführers gehört immerhin zu den Seltenheiten.

Entschieden günstige Resultate berichtet der Vortr. sodann von der Behandlung mit dem faradischen Pinsel. Anschliessend an die beiden schon früher veröffentlichten Fälle theilt R. vier weitere mit, bei welchen allerdings keine Lues vorausgegangen war und die Vortr. in der gleichen Weise behandelt hat. Von diesen wurde einer nicht dauernd gebessert. Vier Wochen nach der Entlassung traten die lanzinirenden Schmerzen und das Gürtelgefühl wieder in der alten Weise auf.

Die drei übrigen konnte Vortr. geheilt resp. hochgradig gebessert entlassen. Und zwar waren es nicht allein die subjectiven Beschwerden, sondern eine Reihe von objectiven Symptomen, welche unter der Behandlung eine Aenderung erfuhren. Von solchen beobachtete der Vortr. die Wiederkehr der Sensibilität der Haut und ihre vollständige Restitution, das Erscheinen vorher nicht nachweisbarer Sehnenreflexe, das Schwinden der Ataxie, das Verschwinden der Myose und der reflectorischen Pupillenstarre, eine Wiederherstellung der Sensibilität der Muskeln, Gelenke etc. und gleichzeitig mit dem Wiederauftreten des letzteren zeigte sich in einzelnen Fällen ein intensives Müdigkeitsgefühl.

In diesen Fällen handelt es sich um Tabes, in deren Vorgeschichte Syphilis nicht nachweisbar ist.

Aehnliche Resultate hat der Vortr. aber auch bei solchen mit luetischer Anamnese erzielt, jedoch nicht allein unter der Behandlung mit dem faradischen

Digitized by Google

Pinsel. Dass R. bei rein antiluetischer Behandlung von den Erfolgen im allgemeinen wenig befriedigt war, ist schon erwähnt. Der Versuch mit Ausserachtlassung der Syphilis nur die Behandlung mit dem Pinsel zu instituiren, gab leidliche, jedoch nicht so glänzende Resultate wie die oben geschilderten und so ist der Vortr. dazu übergegangen, eine gleichzeitige antiluetische Behandlung mit der Application des Pinsels zu verbinden und diese Resultate waren in einigen Fällen so zufriedenstellend, dass er diese combinirte Behandlung, wenn auch mit aller Reserve, als weitere Versuchsbasis empfehlen möchte.

Dass ja unter der verschiedensten Behandlung und besonders nach längerer Ruhe Besserungen und Stillstände im Krankheitsbild der Tabes eintreten können, ist bekannt. Aber objectiv nachweisbare Besserungen mit dem Verschwinden einer Reihe von Symptomen gehören immerhin nicht zu den alltäglichen Ereignissen. Von diesem Gesichtspunkt aus glaubt Vortr. eine Methode empfehlen zu dürfen, die in einigen Fällen so gute Resultate erzielt hat, selbst wenn sie in vielen andern im Stich lassen sollte, und räth sie vor allem dort, wo die Schmerzen und Sensibilitätsstörungen noch im Vordergrund der Klagen stehen und die Ataxie noch nicht zu sehr ausgesprochen ist.

Zum Schluss macht Vortr. noch auf drei Gesichtspunkte aufmerksam, welche vielleicht zur Erklärung des Erfolges herangezogen werden können:

1) auf die schmerzlindernde Wirkung des Pinsels, die sich electrocutan nachweisen lässt;
2) auf die sensibilitätserhöhende Wirkung, die der Vortr. mit dem Tasterzirkel verfolgte und mit Zahlen belegte;
3) auf die reflectorische Wirkung, als deren eine er die Erweiterung der Pupille unter normalen Verhältnissen und den Schwund der Myose und reflectorischen Pupillenstarre unter pathologischen Verhältnissen betrachtet.

II. Referate.

Anatomie.

1) Beiträge zur Kenntniss der postembryonalen Entwickelung des menschlichen Schädels von Fr. Merkel. (Sep.-Abdr. aus „Beiträge zur Anatomie und Embryologie, J. Henle als Festgabe zum 4. April 1882 dargebracht von seinen Schülern.")

Die wesentlichen Resultate, zu denen Verf. aus seinen Untersuchungen kommt, sind folgende:

Die postembryonale Schädelentwickelung theilt sich in zwei ganz von einander getrennte Wachsthumsperioden, die erste reicht von der Geburt bis etwa zum siebenten Lebensjahr. Nun folgt ein völliger Stillstand aller Theile bis zum Eintritt der Pubertät. Mit diesem Zeitpunkt tritt die zweite Wachsthumsperiode ein, welche bis zur vollkommenen Ausbildung des Schädels dauert.

Die erste Periode zerfällt in drei Phasen. Die erste Phase reicht von der Geburt bis zum Abschluss des ersten Lebensjahres. In ihr ist das Wachsthum fast in allen Theilen des Schädels ein gleichmässiges. Nur das Hinterhauptsbein wölbt sich stärker, wodurch die hintere Schädelgrube relativ vertieft wird. (Schluss der Naht zwischen Körper und Ala temporalis des Wespenbeines.)

Digitized by Google

In der zweiten Phase wölbt sich an der Calvaria besonders Hinterhaupts- und Scheitelgegend. Die Verbreiterung der Schädelkapsel ist in allen Theilen bedeutend. Die Verlängerung der Basis wird dagegen immer geringer. Die Verbreiterung des Gesichtes vollzieht sich in dessen lateralen Theilen. Das Schläfenbein bewegt sich nach oben, hinten und lateralwärts. (Verschluss der Nähte im Hinterhauptsbein und der Stirnnaht.)

In der dritten Phase wachsen die Knochen der Decke nur sehr unbedeutend. Die ganze Schädelbasis verlängert sich; damit steht im Zusammenhang eine stärkere Tiefenentwickelung des Gesichtes. Letzteres nimmt auch an Länge durch Anbildung an den betreffenden Nähten zu.

Mit Ende der ersten Wachsthumsperiode ist die Länge des compacten Grundbeinkörpers vollendet, ebenso die Grösse des Foramen magnum und die Breite zwischen den beiden Proc. pterygoidei. Auch haben das Felsenbein und die horizontale Platte des Siebbeins, beide eng mit Sinnorganen verbunden, ihre definitive Grösse erreicht.

Die zweite mit der Pubertät beginnende Periode bringt eine Verlängerung der Gesichtsbasis, an welche sich einerseits eine kräftige Entwickelung des Stirnbeines, andererseits eine Vertiefung des Gesichtes anschliesst.

Der ganze Schädel verbreitert sich stark, und zwar in beiden Abtheilungen allseitig. Das Schläfenbein rotirt dabei mit dem vorderen Theil nach aussen, wodurch eine stärkere Krümmung des Jochbogens herbeigeführt wird. Die Verlängerung des Gesichtes erfolgt durch Wachsthum am freien Alveolarrand und in einer Zone, welche dem mittleren Nasengang entspricht.

Der Schädel zerfällt in eine vordere und hintere Hälfte. Dieselben werden durch eine Linie getheilt, welche durch die Coronarnaht und den hinteren Rand der Proc. pterygoid. geht. Die hintere Hälfte ist in ihren Verhältnissen mehr veränderlich, die vordere mehr stabil. Aber auch die vordere Hälfte kann erhebliche Umformungen in den einzelnen Theilen erfahren, ohne dass doch das Ganze darunter litte. Wenn auch in den normalen Schädeln während des Wachsthums die Spheno-ethmoidalebene und der Processus pterygoideus eine sehr constante Lage einnehmen, so ist doch kein Knochenpunkt des Schädels völlig unveränderlich. Alle können Lage und Ausbildung wechseln, ohne dass die übrigen Theile in ganz bestimmter Richtung dadurch beeinflusst werden müssten. Compensatorische Vorgänge können im günstigen Falle selbst grössere Difformitäten wieder ausgleichen. **M.**

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber die Wirkung einiger chemischer Stoffe auf die associirten Augenbewegungen, untersucht von Ludwig Kovács und Johann Kertész, cand. med., mitgetheilt von Prof. Andreas Högyes. (Arch. f. exper. Path. u. Pharmacol. XVI. 1. u. 2. 13. Juli 1882.)

Befestigt man ein Thier, z. B. ein Kaninchen, in der natürlichen ruhenden Lage des Körpers in primärer Kopfstellung, so befinden sich beide Augen des Thieres in primärer oder ruhender Stellung. Dieser Zustand ist der Ausdruck des bilateralen Gleichgewichts der zwölf Augenmuskeln. Ausser durch den Willen können nun Augenabweichungen experimentell hervorgebracht werden: 1. durch passive Lageveränderungen des Körpers und Kopfes; 2. durch mechanische Verletzung gewisser Theile des Nervensystems; 3. durch Einführung gewisser chemischer Stoffe in den Körper. Der letztere Einfluss wurde mittelst der von H. erfundenen Methode (cf. Jahresber. f. die Fortschr. der Anatomie und Physiologie 1881. IX. S. 123), wodurch sämmtliche Augenbewegungen und Stellungen zur primären Augenstellung leicht zu bestimmen sind, untersucht. Die Resultate sind folgende:

Digitized by Google

1) Chloroform, Aether, Morphium, Codein, Picrotoxin, wie der Verlauf der Erstickung rufen an den in bilateral primärer Lage ruhenden Augen unwillkürliche associirte Augenabweichungen und nystagmische Schwingungen hervor. Dieselben sind bei Morphium und Picrotoxinvergiftungen nur kleine Zuckungen der Augäpfel ohne bestimmbare Richtung, während bei Chloroformwirkung Nystagmus verticalis oder Deviatio seu strabismus convergens bilateralis, der langsam in die entgegengesetzte Augenstellung, dann in das primäre bilaterale Gleichgewicht übergeht, auftritt. Bei Aetherwirkung tritt mit oder ohne Nystagm. verticalis Deviat. inferior lateralis cum rotatione laterali, bei Codeinwirkung Nystagm. horizontal. lateralis auf.

2. Die passiv bilateralen Augenbewegungen, die die Körper- und Kopfbewegungen regelmässig begleiten, ermatten oder hören bei der Einwirkung jener Stoffe (dieselben verhalten sich in dieser Beziehung verschieden) auf.

3. Die Reiz- und Erschöpfungsprozesse verlaufen in den associirenden Nervencentren der Augenbewegungen. M.

Pathologische Anatomie.

3) Sarcom an der Oberfläche des Gehirns mit Schwund der Gyri recti von Otto, Illenau. (Virch. Arch. 89. S. 399—412.)

Ein 37jähriger Potator erkrankte $1^1/_2$ Jahr vor dem Tode an alcoholischer Seelenstörung unter der Form der Verrücktheit (auch Eifersuchtsideen) mit Sinnestäuschungen und rasch zunehmender geistiger Schwäche. Ausser dem Befund eines Abdominaltyphus fand sich Abplattung der Hirnwindungen mit den sonstigen Zeichen von Hirndruck und eine gliosarcomatöse Geschwulst in der vorderen Schädelgrube, die von der Pia überzogen war und mit zwei ziemlich medial gelegenen Wurzeln mit den hinteren Abschnitten der Gyri recti in Verbindung stand. Diese waren durch den Druck des Tumors fast vollständig geschwunden; Ganglienzellen liessen sich in den fast papierdünnen Ueberresten nicht auffinden. Die Riechnerven waren in ihren vorderen Theilen in der Geschwulst aufgegangen. An der Convexität bestand über den oberen zwei Stirnwindungen Leptomeningitis mit Verwachsung zwischen Pia und Rinde, beiderseits symmetrisch. Die epikritischen Betrachtungen führen den Verf. zu dem Schluss, dass der Tumor und die Seelenstörung ungefähr gleichzeitig, infolge derselben Schädlichkeit, des Alcohols, sich entwickelten. Die im Beginn der Krankheit angegebenen Geruchstäuschungen werden auf die Betheiligung der Olfactorii bezogen; übrigens war das Riechvermögen bis zuletzt erhalten.

Da die Atrophie der Gyri recti und nur dieser, durch die Geschwulst, völlig symptomlos geblieben war, schreibt ihm der Verf. in Uebereinstimmung mit Exner u. A. eine „latente Function“ zu. Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

4) Zur Casuistik der Hirntumoren von Dr. Weinstein. (Wien. med. Presse. 1882. Nr. 30, 32 u. 36.)

I. Zahlreiche Cysticercusblasen in der Rinde beider Hemisphären bei einer 69jähr. Frau, welche seit drei Jahren an typisch corticaler Epilepsie — am Orbicular. palp. beginnend, auf das linksseitige Facialisgebiet, später auf die linksseitigen, zuletzt auch auf die rechtsseitigen Extremitäten übergreifend — mit an Frequenz und Intensität stetig zunehmenden Anfällen gelitten hatte.

II. Ein hühnereigrosser Tumor des linken Sehhügels und des vorderen Vierhügelpaares, welcher überhaupt erst in den letzten fünf Wochen und auch in dieser Zeit im Wesentlichen nur Hirndrucksymptome verursacht hatte.

Digitized by Google

III. Ein vom rechten Stirnlappen ausgehender, über die Decke beider Seitenventrikel, Fornix und Septum pellucidum ausgebreiteter, mit beträchtlicher Schwellung der betroffenen Theile und punktförmigen Hämorrhagien sowohl, als einem im rechten Vorderhorn sitzenden grösseren Blutherde verbundener Tumor (Neurogliosarcom), welcher mit Kopfschmerzen, Strabismus, Erbrechen, Delirien, Schwindel und schwerfälliger Sprache begann; im weiteren Verlaufe beiderseitigen Strabismus convergens, beiderseitige Stauungspapille, linksseitige Facialisparese aufwies und unter Delirien und Erscheinungen von Vaguslähmung zum Tode führte. Die Sensibilität war erhalten, das Kniephänomen links aufgehoben, rechts abgeschwächt. Schäfer.

---

5) Ein Fall von Tuberkel im mittleren Drittel der linken vorderen Centralwindung von Prof. Dr. Chvostek. (Jahrb. f. Psych. IV. 1. Hft. S. 51.)

22jähr. Soldat, keine Heredität, früher gesund. März 1878 epileptischer Anfall, seither zahlreiche Anfälle, zum Theil Absenzen, zum Theil Convulsionen, die rechte Gesichtshälfte und den rechten Arm, einmal auch das rechte Bein betreffend, zum Theil endlich allgemeine Convulsionen; nach den Anfällen Parese des rechten Arms, Zunahme der bei der Aufnahme vorhandenen Parese des rechten Mundfacialis, sowie des Abweichens der Zunge nach rechts, kurzdauernde Erweiterung der rechten Pupille; im späteren Verlaufe ein postepileptischer und ein psychisch-epileptischer Aufregungszustand; später Anfälle von kurzdauernder Trübung des Bewusstseins von Weinen oder Lachen und Delirien begleitet; Erscheinungen von Tuberculose, Tod $6^1/_2$ Monate nach dem ersten Anfall. Sectionsbefund im Titel wiedergegeben.

A. Pick.

---

6) Beitrag zur Kenntniss der homonymen bilateralen Hemianopsie und der Faserkreuzung im Chiasma opticum von Prof. Marchand. (v. Gräfe's Arch. XXVIII. 2. S. 63—96 u. Taf. III.)

I. Verf. bringt 3 Fälle von homonymer bilateraler Hemianopsie und zwar 2 bei Läsion des einen Tractus, 1 bei einseitiger Erkrankung des Hinterhauptlappens. Im ersten Fall handelt es sich um ein Gliom des rechten Schläfelappens mit Erweichung etwa der Hälfte des rechten Tractus, besonders am lateralen Rand und an der unteren Fläche durch Druck. Bei dem 21jähr. Mann wurde noch 4 Tage vor dem Tode bei fast völligem Wohlbefinden der Befund einer geringen Neuritis optica und eines Gesichtsfelddefects aufgenommen, welcher den linken oberen Quadranten beiderseits einnahm, also einer Unempfindlichkeit des rechten unteren Quadranten der Netzhäute entsprach. Erst zwei Tage vor dem Tode kam es zu den Zeichen von Hirndruck, offenbar infolge von Blutungen in die Geschwulst. Im zweiten Fall (Endocarditis) war durch Embolie in die linke A. fossae Sylvii der Streifenhügel, sammt der benachbarten weissen Substanz des Centrum semiovale, sowie die Insel mit den angrenzenden Theilen des Schläfelappens und der 3. Stirnwindung dieser Seite erweicht; ferner hatte sich durch Thrombosirung eines der Aestchen der A. chorioidea ein keilförmiger central-erweichter hämorrhagischer Infarct im linken Tractus opticus gebildet, dessen Basis, noch durch einen $^1/_2$ cm langen gesunden Abschnitt des Tractus von dem Chiasma getrennt, an der Oberfläche lag, während die Spitze medianwärts und nach hinten in die Substanz des Tractus eindrang. 4 Tage vor dem Tode war bei der 30jähr. Frau plötzlich Aphasie, rechtsseitige Hemiplegie, Bewusstlosigkeit, rechtsseitige Hemianopsie und déviation conjuguée nach links eingetreten. Im 3. Fall (72jähr. Mann mit Atherom der Hirngefässe) bestand ein Erweichungsherd, der sich auf die Spitze des Hinterhauptlappens, auf die Convexfläche desselben und auf die angrenzenden Theile des Schläfelappens und unteren Scheitelläppchens erstreckte;

Digitized by Google

seröse Durchtränkung der Marksubstanz und Rinde bis zur Centralfurche; intra vitam: linksseitige Hemiplegie und bilaterale vollständige linksseitige Hemianopsie. — Verf. bespricht kritisch die bisher veröffentlichten 22 Fälle von homonymer bilateraler Hemianopsie mit nachgewiesener einseitiger Hirnerkrankung, die sich nach Läsionen des Tractus, des Sehhügels, des Hinterhauptlappens der einen Seite gruppiren lassen. Ob die einzelnen Stellen des Rindengebiets im Hinterhauptlappen mit bestimmten Abschnitten der Retina correspondiren, lässt sich durch die bisherigen Beobachtungen am Menschen nicht beurtheilen.

II. Vollständige Atrophie des einen Opticus bei Glaucom gab dem Verf. Gelegenheit, an successiven Schnitten durch das Chiasma den Verlauf des gekreuzten und ungekreuzten Bündels zu verfolgen. Beide sind ungefähr gleich stark; das ungekreuzte ist anfangs am oberen Umfang des Chiasma, später mehr nach der Mitte des Tractus zu gelegen; das gekreuzte erscheint am unteren Umfange medianwärts. Eine schmale laterale Randzone am oberen Umfang des Chiasma neben dem ungekreuzten Bündel entspricht der Commissura inf. v. Gudden's. Tuczek.

---

7) Localisation of the visual centres of the cerebral cortex. — Case. By William Julius Mickle. (Med. Times and Gazette. 1882. Jan. 28.)

Ein 67jähriger, seit mindestens 20 Jahren in Folge von Krankheit der brechenden Medien blinder Mann erkrankt an maniacalischer Erregung, Wahnideen von schlechter Behandlung, Verhungern sollen, keine deutlichen Hallucinationen. Tod circa 4 Monate nach Beginn der Erkrankung. Gehirnbefund im wesentlichen neben Ependymitis, allgemeiner Windungsatrophie, leichter Erweichung der Thalami und des rechten Corpus striatum, sehr ausgesprochene symmetrische Atrophie des oberen Theiles der Supramarginalwindungen und der Gyri angulares. Ferner beiderseits rothe Erweichungsherde in den ersten und zweiten Occipitalwindungen. Sowohl im rechten Gyrus supramarginalis wie in den erweichten Occipitalwindungsparthien fand sich Gefässerweiterung, opake Flecke in den kleinen Arterien und selbst in den Capillarwandungen, feine moleculare fettähnliche Massen an der Aussenwand. Mehr weniger ausgesprochene Granularatrophie der Nervenzellen etc. Verf. hält diese Atrophie der Supramarginal. Angular- und Occipitalwindungen für abhängig von der langjährigen Blindheit, die rothe Erweichung sei eine Folge der atrophischen Gefässdegeneration. Smidt.

---

8) On meningeal tuberculosis of the cerebral convexity. By W. J. Mickle. (Med. Times and Gazette. 1882. April 15.)

Verf. berichtet über zwei Fälle von Meningealtuberculose der Convexität bei phthisischen Erwachsenen. Cerebrale Symptome, Delirien, Somnolenz, in einem Falle unregelmässige Pulsfrequenz (78—96) und Athembewegungen ähnlich dem Cheyne-Stokes'schen Phänomen, 5—6 an Tiefe zunehmende Respirationen, dann Pause, traten plötzlich 1—2 Tage ante mortem auf. Autopsie ergab Tuberkeln der Pia der Convexität in die Corticalis wuchernd. Deutliche motorische Symptome nicht vorhanden. Smidt.

---

9) Encéphalite traumatique avec hémiplégie croisée par Duplaix. (Soc. anat.: Prog. méd. 1882. Nr. 34.)

3 Wochen nach einem Fall vom Kutscherbock entwickelte sich Parese des linken Facialis und der rechten Extremitäten, dann unter meningitischen Erscheinungen die

Digitized by Google

Zeichen schweren Hirndrucks. Befund: Ostitis des linken Felsenbeins ohne Fractur, grosser Abscess im linken Schläfelappen. Die gekreuzte Hemiplegie wird auf Compression der innern Kapsel bezogen, ein primäres Ohrenleiden ausgeschlossen.

Tuczek.

---

10) Ramollissement de l'insula gauche; — Aphasie. — Hémiplégie droite par **Marie.** (Soc. anat.; Progr. méd. 1882. Nr. 38.)

Durch Embolie war ausser den hintern $^2/_3$ der Insel ein Theil der 3. Stirnwindung und der hintere äussere Abschnitt des Linsenkerns linkerseits erweicht; die innere Kapsel schien intact und hat, wie Verf. annimmt, nur durch Druck gelitten.

Tuczek.

---

11) Carcinome du rein droit. — Carcinome de l'encéphale; — Hémiplégie par Siredey. (Ibidem.)

Es bestand rechtsseitige Hemiplegie beider Extremitäten mit secundärer Contractur. Der einzige Hirnbefund waren zwei dicht unter der Rinde gelegene Carcinomknoten in der linken Grosshirnhemisphäre, deren einer an der Vereinigung der 2. Stirnwindung mit der vorderen Centralwindung, der andere im mittlern Drittel der letzteren lag; die bedeckende Rinde war erweicht. Tuczek.

---

12) Mal de Pott. — Paraplégie brusque. — Épilepsie spinale rapide par Mathieu. (Soc. anat.; Progr. méd. 1882. Nr. 35.)

Caries des fünften Brustwirbels war — wahrscheinlich wegen Ankylose mehrer benachbarter Wirbelgelenke — latent geblieben, bis ganz plötzlich Paraplegie der unteren Extremitäten eintrat. Im weiteren Verlauf stellte sich Beugecontractur in denselben, erhöhte Patellarsehnenreflexe, Fussphänomen schon nach drei Wochen Gürtelgefühl, Analgesie, partielle Anästhesien und Parästhesien ein. Tod nach fünf Wochen an Lungenaffection. In der Höhe des völlig zerstörten Wirbelkörpers war das Rückenmark durch käsige Massen, die das Periost vorgedrängt hatten, comprimirt. Von hier aus hatte sich eine bindegewebige Leptomeningitis entwickelt, die nach aufwärts bis auf die Basis des Gehirns sich fortgesetzt hatte. Die Untersuchung des Rückenmarks steht noch aus. Tuczek.

---

13) Fracture indirecte de la neuvième vertèbre dorsale: déformation, reduction. Mort le 8. jour par hémorrhagie cérébrale traumatique; par Carafi. (Soc. anat.; Séance du 30. déc. 1881; Progr. méd. 1882. Nr. 33.)

Beides, die tödtliche Hirnblutung und die Wirbelfractur, waren die Folgen eines Sturzes auf den Kopf. Die Einrichtung der Fractur gelang so gut wie sonst nur bei Luxation. Tuczek.

---

14) Description de quelques pièces rélatives aux lésions osseuses et articulaires des ataxiques, conservées au musée anatomo-pathologique de la Salpêtrière par Féré. (Arch. de Neur. 1882. p. 202—218.)

Detaillirte Schilderung und Abbildung von 6 Fällen von tabischen Gelenk- und Knochenveränderungen. Usur der Gelenkenden und -pfannen, spongiöse Beschaffenheit des Knochens, Spontanfracturen, die bisweilen latent geblieben waren, Luxationen sind der immer wiederkehrende anatomische Befund. In Fall I wurde das ganze Skelett

Digitized by Google

untersucht; es fand sich die characteristische Arthropathie an den Unterkiefer-, Schulter-, Hüft- und Kniegelenken, Fractur des rechten Hüftbeins und der linken Fibula; in Fall II doppelseitige Hüftgelenks-, rechtsseitige Kniegelenkserkrankung; in III Bruch des linken Humerus, der rechten Vorderarmknochen, beider Knochen des linken Unterschenkels; in IV linksseitige Hüftgelenksaffection mit völligem Schwund des Caput femoris; ähnlicher Befund auf der rechten Seite in V; complicirter Schrägbruch des rechten Oberschenkels in VI. Tuczek.

---

15) **Des caractères anatomiques de la contusion cérébrale servant à la différencier d'un foyer hémorrhagique ou d'une plaque de ramollissement. — Importance médico-légale** par Marchand. (Soc. anat.; Progr. méd. 1882. Nr. 33.)

Hämorrhagische oder Erweichungsheerde traumatischen Ursprungs im Gehirn haben ihren Sitz, bei directer Contusion, an der Stelle der Fractur, bei indirecter diametral gegenüber, bisweilen gekreuzt. Ein Herd von dieser Lage und den Characteren der Hirncontusion — gesprenkeltes Aussehen der Rinde, innige Vermengung von Blut und Nervensubstanz in den ekchymotischen Plaques — ist als consecutiv, die Fractur als primär zu betrachten. Tuczek.

---

16) **Ein Fall von acuter Jodintoxication.** Von Prof. Wille und Assist. Riedtmann in Basel. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. Nr. 18.)

Eine erblich stark belastete, körperlich schwächliche Lehrerin bekommt in Folge einer leichten Verwundung eine Lymphangitis des rechten Armes; die Entzündung ging bis in die Achselhöhle, wo sich ein Abscess bildete. Der Abscess wurde 14 Tage vor der Aufnahme in die Basler psychiatrischer Klinik gespalten und mehrmals mit Jodoform ausgepinselt; im Ganzen wurden 10 grm. Jodoform verbraucht. Daneben Carbol und 8 grm. Jodkali innerlich. 4 Tage vor der Aufnahme leichte Unruhe und Paraphasie, jedesmal Nachts, bei Tage Ruhe. Innervationsstörungen der Pupillen, des Gesichts, der Körpermuskeln fehlten. 2 Tage darauf lautes, unnatürliches Lachen, am Abend dann grosse Aufregung, motorische Unruhe, tiefe Bewusstseinsstörung und Nahrungsverweigerung, welche Erscheinungen auch nach der Aufnahme in die Anstalt andauern. Jodexanthem; Jodreaction des Urins. Puls sehr beschleunigt, Mund trocken, starker Foetor, Sprache klanglos, glasiger Schleim wird ausgeworfen. Die Benommenheit wechselt späterhin, es treten Contracturen an den Beinen auf, die Magengegend ist schmerzhaft. Kein Fieber. 6 Tage nach der Aufnahme Tod. Sectionsbefund: Oedem der Lungen und Meningen. Fettige Degeneration des Herzens und der Leber. Pleuritis adhaesiva duplex. Käsige Infiltration der linken, schiefrige Induration der rechten Lungenspitze. Tracheïtis und Bronchitis purulenta. Diphtheritis des Dickdarms.

In der Epikrise begründet W. die Diagnose und beschäftigt sich dann mit der interessanten Frage der ungleichen Reaction verschiedener Individuen auf das Jod, überhaupt auf verschiedene Substanzen. Er giebt an, dass nach den vorhandenen Erfahrungen Kinder und bejahrte Leute am meisten der toxischen Wirkung des Jod ausgesetzt sind, sodann vorzugsweise durch Krankheiten, Säfteverlust oder Anstrengungen heruntergekommene Individuen. Hierzu kommt individuelle Disposition.

[In Zukunft wird man bei tödtlichen Fällen von Jodintoxication sein Hauptaugenmerk auf die mikroskopische Untersuchung des Magens richten müssen. Durch die toxicologischen Untersuchungen des Jod (in jüngster Zeit von Böhm in Marburg wieder aufgenommen) ist nachgewiesen, dass bei tödtlicher Jodvergiftung das Epithel der Magenschleimhaut und der Labdrüsen sich abstösst und die ganze Drüsenschicht

Digitized by Google

der Magenwand zu Grunde geht. — Auch über die verschiedene Wirkung der einzelnen Jodverbindungen geben diese Untersuchungen Aufschluss. Ref.]

Siemens.

---

17) **Two Cases of epilepsy associated with cerebral tumour** by W. Herbert Packer. (Journ. of ment. science. 1882. Oct.)

1) 15jähriges Mädchen. Krämpfe seit drei Jahren, in Folge davon Demenz. Zeitweilige Temperaturerhöhung verbunden mit grosser psychischer Irritabilität. Incontinenz. Coma 3 Tage ante mortem Obduction: Rundzellensarcom von ca. $1^1/_2$ Zoll Durchmesser, das rechte Corpus striatum einnehmend, von dort in den Interpeduncularraum reichend, verdrängt hier den 2.—4. Nerven, das rechte Crus und den Pons nach links. Halbeitrige Flüssigkeit in dem Piagewebe und an der Basis.

2) 19jähriger Mann, seit 3 Jahren an epileptischen Krämpfen leidend, die zum Theil Chorea-major-ähnlich verlaufen. Vor und nach den Attacken Gewaltthätigkeit. Keine Lähmungen. 20—30 Krämpfe täglich, 3 Tage ante mortem Coma mit sehr häufigen clonischen Krämpfen. Obduction: Tumor des extraventriculären Theiles des linken Corpus striatum.

Smidt.

---

18) **Ueber traumatische Lähmung des Plexus brachialis** von Erlenmeyer. (Corr.-Bl. f. Schweizer Aerzte. 1882. Nr. 17 u. 18.)

„Traumatische Lähmung des linken 5. und 6. Cervicalnerven vor Eintritt in den Plexus brachialis mit gleichzeitiger Stammlähmung des linken Cucullarastes des N. accessorius" formulirte E. die Diagnose in einem dem Verein der Aerzte zu Coblenz vorgestellten Fall von Sturz auf die linke Seite mit Contusionirung von Kopf und Hals an dieser Seite und sofortiger Lähmung des linken Arms.

Die Untersuchung, 3 Wochen nach dem Trauma, ergab: Atrophie der Musculatur der linken Oberextremität; Lähmung im Gebiet sämmtlicher Nerven derselben entweder complet oder in gewissen Zweigen, während allein die vom N. ulnaris beherrschten Bewegungen frei geblieben sind. Im Gebiet des N. medianus ist nur die Musculatur des Daumenballens, in dem des N. radialis der Triceps und die Supinatoren paretisch; die electrische Untersuchung ergiebt hier einfach herabgesetzte faradische und galvanische Erregbarkeit vom Nerv und Muskel aus; ferner besteht Parese des Cucullaris mit demselben electrischen Befund. Alle übrigen Muskeln des Oberarms und Schulterblatts sind vollkommen paralytisch und zeigen die Mittelform der E. A. R. (herabgesetzte oder erloschene faradische, herabgesetzte galvanische Erregbarkeit mit qualitativer Veränderung der Zuckungsformel), während die zugehörigen Nerven auf keine der beiden Stromesarten erregbar sind. Die Sensibilität ist nur im Medianusgebiet des Vorderarms, Daumens und Zeigefingers herabgesetzt. Die besondere Vertheilung der Lähmungen erklärt Verf. durch die anatomische Anordnung der den Plexus zusammensetzenden Nerven. Die Prognose ist nicht ungünstig, für die einzelnen Muskeln je nach dem Grade der Veränderung ihrer electrischen Erregbarkeit verschieden; die Therapie besteht in Application schwacher constanter Ströme (Anode am Nacken, Kathode über dem Plexus, auf eine auf Fingerdruck schmerzende Stelle; Behandlung der Muskeln mit dem faradischen Strom, bei Erloschensein der Faradocontractilität mit der Kathode), Frottirung sowie active und passive mechanische Uebungen der Musculatur.

Tuczek.

---

19) **Practical observations on electrodiagnosis in paralysis** by A. Hughes Bennett. (Brain. 1882 July.)

Verf. erörtert kurz die hauptsächlichsten Principien der Electrodiagnose an der Hand eigener Beobachtungen.

Smidt.

Digitized by Google

20) The nervous symptoms of myxoedema by W. B. Hadden. (Brain. 1882 July.)

Verf. giebt eine kurze Darstellung der Symptome des Myxoedems und kommt zu den Schlüssen, das Myxoedem sei in seinen frühen Stadien im wesentlichen eine Ernährungsstörung, von allgemeinem Angiospasmus herrührend, ebenso entstehe Lymphgefässobstruction, die angehäuften Producte wandelten sich in Mucin um. Die Verkleinerung der Thyreoidea sei ebenfalls durch den Angiospasmus zu erklären. Die primäre Läsion bestände wahrscheinlich im peripheren sympathischen System vielleicht auch in der Medulla oblongata, worauf das gelegentliche Vorkommen bulbärer Symptome deute. Smidt.

---

21) Typhoid fever in relation to disease of the optic disc. by Robert P. Oglesby. (Brain. July 1882.)

Verf. macht auf das Vorkommen einer eigenthümlichen Form von Neuritis optica nach schwerem Typhus aufmerksam. Die Papillen zeigen eine braunrothe Verfärbung, die Conturen sind unverändert, die Venen stark gefüllt und geschlängelt. Keine Netzhautblutungen. Stark beeinträchtigtes Sehvermögen. Das Gesicht ist meist ödematös wie bei Nephritikern, doch fand sich nur in einem Fall Eiweiss im Harn. Die Schwachsichtigkeit wird meist erst viele Monate nach überstandenem Typhus bemerkt. Der Typhus war stets mit sehr intensiven Gehirnsymptomen verbunden, meist bestand noch heftiger anhaltender Kopfschmerz. Besonders häufig ist die Affection bei Weibern, vor allen schwangern. Nie fand O. sie bei Knaben. Mehrere Krankengeschichten erläutern das Gesagte. Smidt.

---

22) Case of glioma of the right hemispere by J. E. Shaw. (Brain. 1882. July.)

Im Beginn der Krankheit zeitweilige zuckende und zitternde Bewegung im linken Zeige- und Mittelfinger, später im Daumen, dann in allen fünf Fingern, dann im Hand- und Ellbogengelenk, drei Wochen nach Beginn Cession der Bewegungen, zunehmende Schwäche der ganzen Extremität, später des linken Beins mit erhöhten Reflexen. Neuritis optica und andere Tumorensymptome. Autopsie ergiebt ein Gliom, dessen Centrum etwa zwischen unterm und mittlern Drittel des rechten Sulcus praecentralis liegt von $2:2^1/_4$ Zoll Durchmesser, nach innen bis zur Decke des Seitenventrikel reichend, und die Basis der zweiten und dritten Stirnwindung und Praecentralwindung comprimirend. Smidt.

---

23) Two cases of pseudo-hypertrophie muscular paralysis by Henry F. A. Goodridge. (Brain. 1882 July.)

Pseudo-hypertrophische Muskelatrophie bei zwei Brüdern, deren Onkel mütterlicherseits an derselben Krankheit gelitten haben soll, sechs Geschwister gesund, beginnend im Alter von vier Jahren. Smidt.

---

24) Cases of suspended cerebral function occurring among the phenomena following epileptic fits by James Russel. (Medic. times and gazette. 1882 Jan. 7 and 21.)

4 Fälle von verschiedenartigen cerebralen Functionsstörungen nach epileptischen Anfällen. Im 1. Fall leichtes Delirium, linksseitige Hemiparese und Hemianästhesie, Taubheit, Anosmie und Verlust des Articulationsvermögens. Im 2. „Automatismus“ mit

Digitized by Google

Anästhesie aller Sinnesnerven und Verlust des Articulationsvermögens. Im 3. Sprachverlust und Verlust der tactilen Sensibilität. Im 4. drei Anfälle von Bewusstseinsverlust und intellectuellem Sprachdefect. Da keine Obductionsbefunde vorliegen, so beschränken sich die Erklärungsversuche auf die bekannten von Ball, Hughlings-Jackson etc. mitgetheilten Vermuthungen. Smidt.

---

25) **A clinical lecture on the nature of what is called sciatica** by Jonathan Hutchinson. (Medic. times and gazette. 1882. Jan. 28.)

Verf. sucht nachzuweisen, dass Ischias keine Erkrankung der Nervenfasern, sondern ihrer fibrösen Scheiden sei. Wären die Nerven selbst erkrankt, so müssten die Schmerzen in den peripheren Verbreitungsbezirken des N. ischiadicus vom Pat. localisirt werden und könnten nicht centrifugal, sondern müssten centripetal sein. Die fibröse Nervenscheide könne aber ebensogut schmerzhaft afficirt sein, wie die Fascie bei Lumbago, die Ligamente bei Gelenkrheumatismus. Wahre Ischias sei sehr selten. In 19 unter 20 Fällen handele es sich nur um rheumatische oder gichtische Hüfterkrankung, oder Erkrankung des Periost oder der Fascie in der Hüftgegend. Nur der Nachweis von Schmerzhaftigkeit, die auf den Nervenstamm in beträchtlicher Ausdehnung beschränkt sei, könne die Diagnose sichern. Smidt.

---

26) **Case of symmetrical syphilitic disease of the third nerves with arterial and other lesions** by J. A. Ormerod. (Brain. 1882 July.)

Complicirter Fall von ausgedehnter Hirn- und Spinallues (Arterienveränderungen, luetische Neubildungen). Von besonderm Interesse ist eine Parese beider Oculomotorii. Beide Bulbi konnten nicht nach oben gerollt werden, besonders der linke war stets abwärts gerollt. Gegenüber dieser partiellen Paralyse fand sich in beiden Oculomotorii eine ausgedehnte kleinzellige Infiltration, die nur sehr wenige Nervenfasern intact liess. Zur Erklärung dieses Missverhältnisses zieht Verf. Ferrier's Ansicht an, dass die Extensoren und Abductoren (Nerven und Muskeln) weniger vitale Resistenz haben und leichter erschöpft werden wie die Flexoren und sich in ihnen eine allgemein schwächende Ursache zuerst bethätige. Aehnliche Verhältnisse seien auch bei den Oculomotoriuszweigen möglich. Smidt.

---

27) **Ein Fall von Tetanie** von Dr. Röhring. (Deutsch. med. W. 1882. Nr. 37. Sep.-Abdr.)

Nach Formicationen und leichten Zuckungen in den Extremitäten war bei einer im Anfange der 2. Puerperalwoche stehenden Frau der charakteristische Symptomencomplex der Tetanie aufgetreten, für die als ätiologisches Moment allein das Säugungsgeschäft verantwortlich gemacht werden konnte. Das Trousseau'sche Phänomen fehlte. Schäfer.

---

28) **Ein Fall von Tabes dorsalis im frühesten Kindesalter** von Dr. Leubuscher. (Berl. kl. W. 1882. Nr. 39.)

Der Fall zeichnet sich durch das Auftreten im frühesten Kindesalter ($3^1/_2$jähr. Knabe), durch rapiden Verlauf, sowie durch Mangel der Heredität vor den in der Literatur bekannten Fällen aus. — Die Behandlung mit dem aufsteigenden Strome schien von Erfolg zu sein. Schäfer.

Digitized by Google

29) Ueber Spiegelschrift von Peretti. (Berl. klin. Wochenschr. Nr. 31. 1882. Sep.-Abdr.)

P. entwickelt und vertheidigt seine Ansicht, dass die sogenannte Spiegelschrift (Abductionsschrift, von rechts nach links laufend) für die linke Hand das Physiologische ist, beruhend auf der symmetrisch-coordinirten Innervation der Vorderarm- und Handmusculatur beider Körperhälften. Denn wir haben rechts die Schrift mit Abduction eingeübt (von links nach rechts) und der Innervationsimpuls geht daher links ebenfalls zunächst zu den Abductionsmuskeln. Geistig unentwickelte Individuen und Kinder schreiben daher mit der linken Hand leicht Spiegelschrift. Linkshändige Kinder lernen rechts schwer Schreiben und haben anfangs die Tendenz, den Stift in die linke Hand zu nehmen. Die rechtsseitigen Hemiplegiker schreiben anfangs wohl auch Spiegelschrift, so lange das Bewusstsein noch umschleiert ist, sie folgen dem coordinirten Innervationsimpuls; später bei besserer Ueberlegung schreiben sie rechtsläufig. — Offenbar werden die Bewegungen eines jeden Armes in einem gewissen Sinne von beiden Hirnhemisphären beeinflusst. Siemens.

---

30) Onanisme avec troubles nerveux chez deux petites filles par Zambaco. (L'Encéphale. 1882. 1. u. 2. Heft.)

Besprechung zweier extremer Fälle von Onanie bei kleinen Mädchen, deren horrible Details ausführlich berichtet werden. Ursprünglich auf Nachahmung beruhend, war die Onanie bei dem Fehlen der Geschlechtssensationen zuerst reiner Gehirnreiz, erst später entwickelten sich Wollustgefühle. Sehstörungen bei starken Onanisten. Bei der Therapie erwiesen sich Bäder, Douchen, Medicamente, Zwangsmittel ohne jeden Erfolg, das Glüheisen war schliesslich allein von günstiger Wirkung. Siemens.

---

31) Ueber Cortex-Hemianopie von Dr. O. Haab, Zürich. (Zehender's klin. Monatsbl. f. Augenheilkunde. 1882 Mai.)

Zwei Fälle reiner corticaler Hemianopie, welche gegen das Charcot-Landolt'sche Schema von der centralen Kreuzung der im Chiasma ungekreuzt gebliebenen Opticus-Fasern sprechen.

1) (Von Huguenin beobachtet) Kind von acht Jahren; fünf Monate lang vor dem Tode Gehirnerscheinungen unbestimmter Art. Keine Lähmungen, keine sensiblen oder sensoriellen Störungen ausser einer rechtsseitigen Hemianopie. — Die Section ergab als wesentlichen Befund zwei Tumoren (Käseknoten): der erste, an der Spitze des linken Stirnhirns, kann für die Hemianopie ausser Acht gelassen werden. — Der zweite liegt an der medialen Fläche der rechten Occipitalspitze, ragt einige Millimeter über das Hirnniveau, ist 3 cm lang, 3 cm breit, 2,5 cm dick, ragt also circa 2 cm in das Gehirngewebe hinein. Er sitzt direct im Sulcus hippocampi, den er auseinander gedrängt hat. In seiner Umgebung eine erweichte Zone von gelblichrother Farbe mit punktförmigen Hämorrhagien. Die Fossa occipital. (Fissura occip.) und ihre Rinde gänzlich unbetheiligt. — Der Tumor nahm also „grade das Centrum des Gebietes ein, in welchem der Streifen von Vicy d'Azyr in der Rinde sich findet. Hat nicht vielleicht doch diese besonders gebaute Rinde bestimmte Beziehungen zum Gesichtssinne?"

2) Frau von 61 Jahren, die im Frühjahr 1878 eine linksseitige Hemiplegie in Folge einer Embolie erlitten hatte. Die hemiplegischen Erscheinungen verloren sich bald fast gänzlich wieder, aber es blieb eine rechtsseitige Hemianopie bis zum Tode — Juli 1879 — ganz constant bestehen. Sonst keinerlei Gehirnsymptome. — Bei der Section fand sich ein cystoider Erweichungsherd, in Folge dessen die Spitze des rechten Occipitallappens um 0,5 cm verkürzt war, und der auf der medialen Fläche

Digitized by Google

des rechten Occipitallappens die ganze Umgebung des Sulc. hippocampi zerstört hatte, sich 6 cm in die Länge, 2—3 cm in die Breite erstreckend. Zwischen dem Erweichungsherde und dem Hinterhorn noch eine ziemlich dicke Schicht Marksubstanz, sodass die Zerstörung sich hauptsächlich auf die Rinde beschränkte. — Sonst nichts Abnormes. — Verf. macht selbst auf die Aehnlichkeit seines Falles mit dem von Curschmann aufmerksam. Hadlich.

Psychiatrie.

32) **Traumatisme avec perforation du crâne** par Petrucci. (Annales méd. psychol. 1882. Sept.)

Ein Hallucinant schlug sich in selbstmörderischer Absicht heftig mit einem Hammer auf den Kopf. Fractur des linken Scheitelbeins; nach 10 Tagen allmählich zunehmende Hemiplegie, dauernder Eiterausfluss aus der Kopfwunde, Tod. Abscess unter dem hinteren Drittel der ersten Stirnwindung und dem Paracentrallappen mit fistulöser Oeffnung an der ersten Stirnwindung und Durchbruch in den Ventrikel. Moeli.

33) **Note sur un cas de folie sympathique** par Pons. (Annales méd. psychol. 1882. Sept.)

Eine 53jährige Frau erkrankte mit Verwirrtheit, zahlreichen Gehörshallucinationen, Grössenideen und namentlich mit Vergiftungswahn und Nahrungsverweigerung. Nach 4 Wochen entdeckte man im Stuhle Bandwurmglieder. Nach Entfernung eines Theiles des Bandwurms erhebliche Beruhigung, aber Fortbestehen misstrauischer Auffassung der Umgebung. Nach 4 Wochen Wiederholung der Bandwurmkur, welche vollständigen Abgang der Taenia und unmittelbar damit zusammenhängend so erhebliche Besserung des psychischen Befindens bewirkte, dass die Kranke nach 14 Tagen geheilt entlassen werden konnte. Moeli.

34) **Les lésions ophthalmoscopiques dans la paralysie générale** par Duterque. (Annales méd. psychol. 1882. Sept.)

D. meint, dass man aus dem Augenbefund nicht nur auf das Vorhandensein, sondern auch auf das Stadium der progressiven Paralyse schliessen könne, da man in der ersten Periode Congestion der Papille und varicöse Anschwellung der Gefässe, weiterhin peri-papilläres Oedem und schliesslich Atrophie der Papille finde. Moeli.

35) **Mal perforant du pied dans la paralysie générale** par Christian. (Annales méd. psychol. 1882. Sept.)

Bei zwei Paralytischen fand sich „mal perforant", nach dessen Auftreten sich eine erhebliche Remission der Erscheinungen bemerklich machte. Verf. macht auf die Analogie mit den Besserungen nach langdauernden Eiterungen aufmerksam und erwähnt die Möglichkeit, wie dies von anderer Seite für die Tabes angenommen, auch bei der Paralyse das „mal perforant" in einen inneren Zusammenhang zu bringen. Moeli.

36) **Zur Lehre von der „moral insanity"** von Dr. Alexander Holländer. (Jahrb. f. Psych. 1882. IV. 1. H. S. 1.)

Gegenüber jenen Autoren, welche für das moralische Irresein einen besonders die altruistischen Gefühle betreffenden Defect der Hirnanlage annehmen stellt sich

Digitized by Google

H. auf den namentlich von Schopenhauer vertretenen Standpunkt, dass in der Regel nicht jene Gefühle, sondern die öffentliche Gewalt und die bürgerliche Ehre die Triebfedern menschlichen Thuens und Lassens sind, demnach nicht das Fehlen altruistischer Gefühle die Wurzel der moral insanity sein könne und überdies das Vorhandensein einzelner solcher Gefühle sich nachweisen lässt. Den von andern Autoren postulirten Schwachsinn oder Blödsinn lässt er gleichfalls nicht gelten, einerseits auf Grund der oben entwickelten Ansicht von den Principien der Ethik, andrerseits wegen der von solchen Kranken oft gelieferten Proben höherer Intelligenz. Als positiven, bisher nicht berücksichtigten Factor dagegen weist er den Grössenwahn dieser Kranken auf, als dessen Basis er die „reizbare Schwäche" hinstellt; zur Begründung seiner Anschauungen führt er einen ein hystero-epileptisches Mädchen betreffenden Fall an.

Die psychologische Discussion, bezüglich deren auf das Original verwiesen werden muss, schliesst H. mit folgendem Resumé: „Wir haben demnach gesehen, dass sich an den Grössenwahn, wenn er auch in nicht fixirter Form zutage tritt, jene sittlich incorrecte Handlungsweise anschliesst, die man mit dem Namen moral insanity bezeichnet. Die Unrichtigkeit der Bezeichnung ergiebt sich von selbst. Wir haben es nicht mit Leuten zu thun, welche nicht sittlich handeln, weil sie nicht altruistisch fühlen, keine sittlichen Vorstellungen bilden können, sondern mit Kranken, bei welchen der Grössenwahn ein erhöhtes Machtgefühl die Wurzel ist, aus welcher sich der Kampf mit den Satzungen der Gesellschaft naturgemäss entwickeln muss."

A. Pick.

---

37) Ueber Gewichtsveränderungen nach epileptischen Anfällen von Dr. Schuchardt in Bonn. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 39. 2. 3. S. 192.)

Verf. giebt zunächst ein kurzes Resumé der von Kowalewski veröffentlichten Beobachtungen und Behauptungen, den Gewichtsverlust der Epileptiker nach Anfällen, Aequivalenten etc. betreffend und stellt denselben seine in der Andernacher Anstalt gemachten Erfahrungen entgegen. Er beschreibt in Kurzem zwölf Fälle von Epilepsie, bei denen er lange Zeit sowohl nach jedem Anfall als auch in den anfallsfreien Intervallen genaue Wägungen angestellt hat und zieht zum Vergleich mit diesen einige Wägungsresultate bei andern Geisteskranken und gesunden Menschen heran. Bei allen diesen erhielt er das gleiche, die Kowalewski'schen Behauptungen widerlegende Ergebniss, dass einerseits die epileptischen Anfälle keinen Einfluss auf das Körpergewicht ausüben, und dass andrerseits sowohl während der Anfallszeiten als auch der anfallsfreien Perioden das Körpergewicht geringen Tagesschwankungen unterworfen ist, wie sie in demselben Maasse bei andern Kranken und bei geistig gesunden Menschen vorkommen.

Brückner.

---

38) Ueber das Verhältniss der Dementia paralytica zur Syphilis von Geh.-Rath Dr. Snell in Hildesheim. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 39. 2. 3. S. 209.)

Verf. hatte auf der Baden-Badener Naturforscherversammlung 1879 im Anschluss an den Erb'schen Vortrag über den Zusammenhang zwischen Tabes und Syphilis die Bemerkung gemacht, dass auch zwischen Dementia paralytica und Syphilis ein jenem ähnliches Verhältniss bestehe. Da diese Bemerkung in der Literatur vielfach so wiedergegeben worden, als habe Verf. die Lues einfach als eine der häufigsten Ursachen der progressiven Paralyse statuiren wollen, so sieht er sich veranlasst, kurz seine Erfahrungen über diesen Punkt zusammenzustellen, welche dahin lauten, dass bei der Mehrzahl der von ihm beobachteten Fälle von Dementia paralytica allerdings eine frühere syphilitische Infection stattgefunden, dass ferner die Syphilis, wenn sie sich im Gehirn localisirt, häufig Krankheitserscheinungen hervorruft, welche dem

Digitized by Google

Symptomencomplex der Paralyse sehr nahe stehen, dass häufig genug indessen zwischen der syphilitischen Infection und dem Ausbruch der Dementia ein so lang dauernder, von allen luetischen Erscheinungen freier Zwischenraum liegt und die Nekroskopie solcher Kranker im Gehirn keine der Veränderungen erkennen lässt, die nach den bisherigen Beobachtungen charakteristisch für luetische Hirnerkrankungen sind. Es ist daher die Ansicht des Verf., dass es zur Zeit noch ein voreiliges Unterfangen sei, wollte man die Lues wirklich als häufigstes, ätiologisches Moment der Paralyse hinstellen; es sei vielmehr den Forschungen der Zukunft vorbehalten, den Zusammenhang beider Krankheiten aufzuklären. Brückner.

---

39) **The knee-jerk in general paralysis** by Wm. Julius Mickle. (Journal of mental science. 1882. Oct.)

Verf. prüfte das Verhalten des Kniephänomens bei den einzelnen Symptomengruppen der progressiven Paralyse. Er fand bei fehlendem Kniephänomen im Vergleich mit verstärktem, häufiger starke, andauernde Schmerzen, häufiger Incontinenz, Hallucinationen, etwas häufiger atactischen Gang und epileptiforme Attacken, geringere Sensibilität und Reaction auf kneifen und kitzeln der Fusssohlen, bei verstärktem Kniephänomen im Vergleich zum fehlenden häufiger syncopale Anfälle und häufiger hemiparetische und apoplectiforme Attacken. Im Ganzen war verstärktes Kniephänomen seltner wie normales oder fehlendes. Zahl der Fälle nicht angegeben. Smidt.

---

40) **On types of imbecility** by Fletcher Beach. (Medical times and gazette. 1882. March 25 and April 8.)

V. giebt folgende Eintheilung der Formen der Imbecillität:

congenitale	erworbene
1) einfache congenitale	1) eclamptische
2) microcephale	2) epileptische
3) hydrocephale	3) hydrocephale
4) scaphocephale	4) paralytische
5) paralytische	5) entzündliche a) hypertrophische
6) Cretinismus, sporadischer und endemischer.	6) Cretinismus, endemischer.

Dieser im wesentlichen ätiologischen Eintheilung entsprechen nun durchaus nicht immer psychologische und nur zum Theil anatomische Typen. Den erläuternden Ausführungen können wir nicht folgen, da sie sich hauptsächlich auf vorgezeigte Photographieen (der Aufsatz wurde in der Harveyan Society verlesen) stützen. Sie bieten kaum etwas neues, vor allem ist die psychologische Seite des Themas nur oberflächlich behandelt. Smidt.

---

41) **Ueber impulsives Irresein** von Dr. E. Pohl. (Jahrbuch für Psych. IV. 1. Hft. 1882. S. 18.)

P.'s Definition lautet: Das impulsive Irresein ist eine degenerative Neuropsychose manischer Art, welche auf einer hereditären oder neuropathischen Veranlagung beruhend, nicht selten gewissen Irreseinsformen oder Zuständen associirt — mit aufgezwungenen paroxysmalen, aus alterirter Empfindung stammenden Impulsionen zu gewaltsamen oder perversen Acten und Handlungen gegen die eigene oder fremde Person — bei peripherer oder centraler Genese in die Erscheinung tritt.

Digitized by Google

Bezüglich der ausführlichen Begründung dieser Definition muss auf das einem Referate wenig zugängliche Original verwiesen werden. A. Pick.

---

42) The evidences of insanity discoverable in the brains of criminali and other whose mental state has been questioned, with some remarks on expert testimony and the Grappotte case von Spitzka. (Amer. Journ. of Neurol. and Psych. 1882. 2. Heft.)

Sp. bespricht die Frage der Beweisfähigkeit pathologischer Hirnbefunde für zweifelhaften Geisteszustand an der Hand einiger älterer Beobachtungen und eines neuen Falles. Smidt.

---

43) Geistesstörung bei einem Kinde von Hj. Berner. (Norsk. Mag. f. Lägevidensk. 3 R. XII. 3. 1882. nach Refer. in Schmidt's Jahrb. 1882. Nr. 4.)

Ein Mädchen von sechs Jahr zehn Monaten (zweifelhaft erbliche Anlage) erkrankte unter den Erscheinungen der Melancholie: Furcht vor dem Alleinsein, Unruhe, mangelhafter Schlaf, Gesichts- und Gehörshallucinationen.

Auf Grund der Gesichtshallucinationen (die Kranke sieht in den Speisen allerhand Unreinlichkeiten) Nahrungsverweigerung. Zeitweise Angstparoxysmen.

Heilung nach einigen Monaten. M.

---

44) Ueber psychische Schwäche. Eine Studie von Dr. E. Kräpelin. (Arch. f. Psych. XIII. S. 382.)

Die Arbeit, bezüglich der normalen Psyche auf Wundt's physiologischer Psychologie basirend, ist einem kurzen Referate nicht zugänglich; sie behandelt den Gegenstand fast durchaus psychologisch. A. Pick.

Therapie.

45) Zur Trepanationsfrage.

I. Aus den Verhandlungen der deutschen Gesellschaft für Chirurgie. XI. Congress. (Centralblatt für Chirurgie. 1882. 29. Beilage S. 36.)

E. Küster: Zwei Schädelschüsse mit Einheilung der Kugel in der Schädelhöhle. Beide Fälle bieten im Verlaufe grosse Aehnlichkeit. Es handelt sich um junge Leute von 22 resp. 17 Jahren. Im ersten Fall (Conamen suicidii) drang die Kugel in der Tiefe der rechten Schläfengrube ein, und konnte nach Aufmeisselung der Schädelöffnung konstatirt werden, dass das Geschoss zwischen Dura und Pia entlang gegangen und wahrscheinlich in der rechten Felsenbeinpyramide stecken geblieben war. Nach sehr exquisiten Herdsymptomen und einem mehrtägigen Eiterausfluss aus dem rechten Ohre trat vollständige Heilung ein. — Im zweiten Falle handelte es sich um einen Unglücksfall. Die kleine Kugel war im linken Stirnbein eingedrungen, und konnte nach Erweiterung der Schädelöffnung nachgewiesen werden, dass der Schusskanal gerade nach hinten durch den linken Stirnlappen ging. In den nächsten Tagen ausgesprochene Herdsymptome, darunter Alalie, aber auch allgemeinere Gehirnsymptome. Langsamer Rückgang aller Erscheinungen. Der Kranke wird völlig geheilt vorgestellt. Eine psychische Alteration ist nicht nachzuweisen.

Discussion: Kraske, Halle, hat in der zweiten Hälfte April d. J. ebenfalls wegen eines penetrirenden Schädelschusses trepanirt; es floss dabei Hirnmasse aus;

Digitized by Google

das Geschoss war nicht zu finden. Hirnerscheinungen sind nie eingetreten. Pat. ist geheilt.

v. Bergmann, Würzburg: Bei penetrirenden Schädelschüssen bedingt durch Geschosse kleinen Kalibers solle man weder incidiren, noch trepaniren.

v. Langenbeck, Berlin, ist derselben Ansicht; er hat 5 Fälle von penetrirenden Schussverletzungen, durch kleine Geschosse verursacht, beobachtet, die alle ohne Trepanation geheilt sind. Einer der Blessirten ist später geisteskrank geworden.

Bardeleben, Berlin, weiss von 4 analogen Fällen mit glücklichem Ausgang zu berichten; nur in einem derselben hatte das Geschoss seinen Sitz vielleicht zuletzt in einem Gesichtsknochen gefunden, in den 3 übrigen sicher im Schädel resp. dem Gehirn. Bei einem der letzteren, anfangs auch ganz exspectativ behandelten Kranken wurde im weiteren Verlauf eine Meisseldilatation der Schädelwunde vorgenommen, der ein Prolapsus cerebri folgte. Pat. wurde geheilt.

Küster fragt, wesshalb man die frische Untersuchung der penetrirenden Schädelschusswunde, wenn nöthig mit sofortiger Meisseldilatation, unterlassen solle. Man könne doch ohne dieselbe das eingedrungene Geschoss und abgesprengte Knochensplitter, deren Anwesenheit auf die Dauer gewiss gefährlich sei, nicht entfernen.

v. Bergmann: Die Zahl der ohne Trepanation glücklich verlaufenen Schussverletzungen durch kleine Geschosse ist eine bedeutende; andererseits gelingt es oft trotz der Trepanation nicht, das Geschoss zu finden oder alle Splitter zu entfernen.

v. Langenbeck hat so manches Mal mit einer Sonde ganz vorsichtig nach dem Geschoss im Gehirne gesucht, ohne es tasten zu können; das Geschoss heilte ein, und die Patienten genasen.

Kraske glaubte sicher in seinem Fall, nach Ausführung der primären Trepanation das Geschoss finden zu können; trotzdem war dies unmöglich.

v. Bergmann: Ein derartiger Misserfolg wird trotz der Trepanation oft vorkommen.

Küster will trepaniren, damit man sich nicht auf die Sonde zu verlassen brauche, sondern durch die erweiterte Oeffnung mit dem Finger untersuchen könne; auch erleichtere diese dem Geschoss den Austritt aus der Schädelöffnung. Ein Pat. mit eingeheiltem Geschoss steht doch dauernd unter Lebensgefahr.

Baum, Danzig: Selbst mit dem Finger lässt sich ein Geschoss im Gehirn sehr schwer fühlen.

II. Aus der Gesellschaft der Charité-Aerzte in Berlin. 19. Januar 1882. (Klin. Woch. 1882. Nr. 30.)

Brieger stellt im Anschluss an einen Bericht über einen Fall, in dem die Diagnose auf einen Tumor in der vordern Schädelgrube gestellt war, den Vorschlag eines etwaigen operativen Eingriffs zur Discussion. Auch wenn man den Tumor nicht erreichen oder entfernen könnte, würde durch die Trepanation eine Linderung der qualvollen Hirndrucksymptome eintreten. Man könnte eventuell auch durch respiratorische Punction mittelst dünner Kanüle den Hydrocephalus internus beheben.

Westphal hält entgegen, dass sich im vorliegenden Falle zwar mit Wahrscheinlichkeit das Vorhandensein eines Tumors annehmen lasse, der Sitz desselben jedoch zweifelhaft sei, mithin die Trepanation unsicher und zwecklos erscheine. Auch die Punction und Aussaugung der Ventrikel, selbst wenn sie gelänge, würde erfolglos sein, da sich die Flüssigkeit im günstigsten Falle schnell wieder herstellte. Auch sei die Operation keineswegs gefahrlos, da Verletzungen der Dura leicht Meningitis zur Folge haben.

Hirschberg citirt eine Stelle aus den Schriften der hippokratischen Aerzte, welche gleichfalls die Idee hatten, Erblindung durch Eröffnung des Schädels und operative Eingriffe in das Gehirn zu heilen. Auch er hält Tumoren des Gehirns in der Regel nicht für exstirpirbar.

Digitized by Google

Hahn erinnert daran, dass die Operation von Hirnabscessen häufig keine Meningitis zur Folge habe und gute Resultate ergäbe.

Dagegen führt Westphal aus, dass diese Fälle anderer Art seien und nicht mit Tumoren vergleichbar, bei welchen die Substanz des Gehirns doch relativ unverändert sei.

Henoch theilt als Beispiel für die Localisation von Hirntumoren einen Fall mit, in welchem bei einem achtjährigen Kinde ein Myxosarkom der Sella turcica sich entwickelt hatte und bis in das Siebbein vorgedrungen war. Die Section bestätigte die während des Lebens gestellte Diagnose.

Bardeleben wendet sich gleichfalls gegen die Operirbarkeit von Hirntumoren. Trepanirung des Schädels mit Verletzung der bis dahin intacten Dura sei fast immer tödtlich; bei Abscessen an der Hirnoberfläche seien die Verhältnisse günstiger und nicht mit denjenigen bei Tumoren zu vergleichen.

III. Im Anschluss hieran sei auf eine Thèse de doctorat 1882 von Paul Joire, interne des hôpitaux de Lille, hingewiesen: Des indications du trépan dans les épanchements intracraniens consécutifs aux traumatismes; in der für die Trepanation eingetreten wird. (Besprechung in der Gazette médicale vom 2. Sept. 1882.)

---

46) Ein Fall von Trepanation mit günstigem Erfolge bei einem Schädelbruch mit Hirnverletzung von Dr. S. Unterberger in St. Petersburg. (St. Petersb. med. Wchschr. 1882. Nr. 7.)

Ein bezüglich der Details der Mittheilung vorwiegend chirurgisches Interesse bietender Fall von Schädelfractur (Eisenbahnverletzung) auf der Höhe des linken Scheitelhöckers von kreisrunder Form und 4 cm Durchmesser; Verlust von Hirnmasse bei der Verletzung und von einem Theelöffel Hirnsubstanz bei der Trepanation; andauernd klares Bewusstsein. Vom 2. bis 6. Tage nach der Operation bei bestehendem Kopfschmerz Parese der rechten Schultermusculatur, freiem Arm, freier Hand, intacter Sensibilität der paretischen Region. In der Trepanationsöffnung respiratorische und pulsatorische Hirnbewegungen sichtbar. Heilung, bis auf unbedeutenden Schwindel beim Gehen, vollständig. Emminghaus.

---

47) Zur Therapie der Chorea.

Arturo Guzzoni (Rivista clin. di Bologna. 1882. Marzo.) empfiehlt tägliche Anwendung der Regendouche.

Goodhart und John Philipps (Lancet. 5. Aug. 1882.) sahen gute Erfolge von der Massage (täglich zweimal 15—20 Minuten, wonach in's Bett zu legen) und Milchnahrung. M.

---

48) A note on the treatment of locomotor ataxy by precise nerve-vibration by J. Mortimer Granville. (British medical Journal. 1882. Sept. 23.)

Verf. fand in jedem Falle von Tabes dorsalis vermehrte Reflexerregbarkeit peripherer Nervenstämme beim Beklopfen derselben, und zwar nur der zu den Extensoren gehörigen Zweige Percussion derselben rief lebhafte Contraction der zugehörigen Muskeln hervor, Percussion der letzteren war ohne Effect. Er hält dies Verhalten für einen der Hauptgründe der Ataxie. Lässt man die irritablen Nerven längere Zeit „vibriren", so wird ihre Erregbarkeit bald erschöpft, während sie mehr und mehr den Willensimpulsen gehorchen. Häufig folgt dieser Procedur eine vorübergehende

Digitized by Google

Erschöpfung der zugehörigen Nervencentren, Steifheit, Schwäche etc. der betroffenen Glieder. Ist diese vorbei, so findet sich eine deutliche Besserung. Es gelang auch oft, die peripheren Nerven durch Percussion der Centren „vibriren" zu machen, oft scheint aber zwischen Centrum und Peripherie ein Hinderniss („block") zu existiren, das erst (durch häufige Percussion) beseitigt werden muss.

Verf. glaubt ferner die syphilitische Form der Tabes aus einer directen Fortpflanzung der luetischen Erkrankung vom primären Ulcus längs der Nervenbündel bis in das Rückenmark herleiten zu können. So entständen hierbei Verlust des Zeugungsvermögens mit mangelhafter Ernährung der betreffenden Organe, Incontinentia alvi et urinae etc. als directe Folgen dieser localen Erkrankung. Behandelt man solche Fälle mit „Nerven-Vibration", so zeigt sich neben andern günstigen Erfolgen hie und da ein Wiederausbrechen luetischer Symptome. Vielleicht sei das dadurch zu erklären, dass die Percussion specifische Producte, die die Nervenfasern umschnüren, mechanisch loslöse und wieder in den Kreislauf schleudere(!).

Verf. warnt schliesslich davor, die Nervenpercussion Laien anzuvertrauen. Der ganze Aufsatz ist als vorläufige Mittheilung abgefasst. Eine eingehendere Arbeit wird versprochen, wenn Zahl und Dauer der behandelten Fälle ein definitives Urtheil gestatten. Smidt.

---

49) **Du traitement de la nevralgie sciatique** par Glatz. (Rev. méd. d. la Suisse roman. 1882. Nr. 7.)

Verf. empfiehlt die combinirte Behandlung mit dem constanten Strome und der heissen Douche (douche écossaise) in unmittelbarer Aufeinanderfolge. Er wendet den ersteren von dem Plexus sacralis nach den Puncta dolorosa absteigend an und sucht durch Modificationen in der Grösse der Electroden dem den Nerven treffenden Strome die grösstmögliche Dichte zu ertheilen, welche letztere von weit grösserem Belange wäre, als die Stromesintensität, die er zwischen 18—30 El. variiren lässt. — Bezüglich der Technik der Douche verweist Verf. auf eine frühere Publication (Thermes et Hydrothérapie, Mém. lu à la Soc. méd. de Genève, Mars 1880). Schäfer.

Forensische Psychiatrie.

50) **Ueber die klinisch-forensische Bedeutung des perversen Sexualtriebes** von Dr. L. Kirn, Docent der Psychiatrie in Freiburg. (Allg. Zeitschr. f. Psych. 39. 2. 3. S. 216.)

Verf. hat, von dem Gesichtspunkt ausgehend, dass eine grosse Anzahl der vor dem Richter verhandelten Vergehen gegen die Sittlichkeit ihre Erklärung und Entstehung in psychopathischen Zuständen finden, die in der Freiburger Strafanstalt wegen der erwähnten Verbrechen inhaftirten Individuen psychiatrisch untersucht und bei einem bedeutenden Procentsatz derselben die Ursache ihres Handelns in dem Vorhandensein eines perversen Sexualtriebs begründet gefunden. Es handelte sich bei den von ihm untersuchten Fällen lediglich um Personen männlichen Geschlechts und bei diesen äusserte sich der perverse Geschlechtstrieb einerseits in der Gestalt von Geschlechtsvergehen erwachsener Männer gegen unreife Mädchen und andrerseits in der Vornahme sexueller Handlungen an Individuen des gleichen (hier männlichen) Geschlechts. In Uebereinstimmung mit den in der früheren Literatur beschriebenen Fällen fand Verf. bei der erstgenannten Gruppe folgendes: Die Delinquenten waren sämmtlich Greise zwischen 60 und 80 Jahren mit allen Zeichen somatischer und psychischer Senescenz, oft bereits von wirklicher Dementia senilis befallen, die zum Theil früher unbescholten gewesen, oder bei denen das Geschlechtsleben jedenfalls

Digitized by Google

geraume Zeit vor der Verübung ihres Verbrechens vollkommen geschwiegen hatte. Letzteres selbst hatte in der Regel in Handlungen bestanden, welche psychisch gesunde Männer kaum geschlechtlich erregen dürften. Verf. ermahnt daher, bei allen solchen Fällen zur Feststellung eines sorgfältigen Status präsens zu schreiten, welcher, wenn in somatischer und psychischer Sphäre gleich sorgsam aufgestellt und dem Richter dargelegt, bei diesem unschwer die Ueberzeugung hervorrufen müsse, dass bei den betreffenden Angeklagten, wenn nicht aufgehoben so doch stark beeinträchtigte Zurechnungsfähigkeit vorliege. — Zu der Casuistik der zweiten oben erwähnten Form des perversen Geschlechtstriebes, der conträren Sexualempfindung, bringt Verf. zwei Beobachtungen bei, deren eine analog den früher in der Literatur von Westphal, Scholz, v. Krafft u. A. beschriebenen Fällen ist. Die zweite betrifft einen 31 Jahre alten, erblich belasteten, gebildeten Mann, der eines normalen Geschlechtstriebs ermangelnd, seine geschlechtlichen Bedürfnisse dadurch befriedigte, dass er kleinen Knaben die Glutaealgegend betastete, und deshalb wegen mehrfacher Vornahme unzüchtiger Handlungen an Personen unter vierzehn Jahren inhaftirt war.

Was die Beurtheilung solcher Fälle vor dem Forum betrifft, so legt Verf. seine Ansichten hierüber in folgenden vier Thesen nieder, welche zugleich den Schluss seiner Arbeit bilden. Er sagt in diesen:

1) In jedem zweifelhaften Falle einer Anklage eines widernatürlichen Geschlechtsvergehens sollte eine gerichtsärztliche Expertise erhoben werden.

2) Diese hat in erster Linie zu ergründen, ob von Jugend an ein angeborener, nicht erst später erworbener, perverser Trieb, somit eine conträre Sexualempfindung, vorhanden sei.

3) Bejahenden Falls hat sie sich weiter anthropologisch zu vertiefen, den Stammbaum des Individuums festzustellen, seine geistigen und moralischen Eigenarten, den Zeichen von Schwachsinn, krankhaften Richtungen und andern Erscheinungen der psychischen Degeneration nachzuforschen.

4) Von dem Resultat dieser streng individualisirenden Untersuchung wird es abhängen, ob das fragliche Individium nur als eigenartiges, neuropathisches oder als ein ausgesprochen geistesgestörtes aufgefasst werden muss. Im ersteren Falle würde die geistige Freiheit als mehr oder weniger beschränkt, im zweiten als aufgehoben zu erachten sein. **Brückner.**

---

51) Insane Criminals. (Journ. of ment. science. 1882. Oct.)

Zusammenstellung von 4 Fällen, in denen Verbrechen von Irren, Paralytikern, Epileptikern und Idioten begangen wurden, die zur Verurtheilung der Angeklagten führten, ohne dass die Jury Sachverständigen-Gutachten einzog.

Die Fälle sind zu kurz mitgetheilt, um ein psychologisches Interesse zu bieten. **Smidt.**

---

52) Moral insanity. Case of homicidal Mania. Contributed by H. Manning. (Journ. of mental science. 1882. Oct.)

Verf. theilt einen Brief mit, den er auf Veranlassung seines Gutachtens im Maclean-Prozess von einem Manne erhielt, der seit 17 Jahren das Opfer von Mord-Zwangsvorstellungen war. Derselbe bietet nichts neues, giebt aber eine gute Schilderung des betreffenden Leidens. Der Schreiber desselben kämpft beim Anblick irgend eines Instrumentes mit dem Triebe, dasselbe zum Morde zu benutzen, geht in die Stadt stets ohne Spazierstock, weil ihn dieser unwiederstehlich reizen würde, Fensterscheiben einzuschlagen, fühlt sich stets versucht, mit der Faust Begegnenden ins Gesicht zu schlagen etc. Hallucinationen angeblich nicht vorhanden. **Smidt.**

Digitized by Google

53) Forensische Casuistik von Dr. Fritsch. (Wien. med. Presse. 1882. Nr. 38.)

Ein in Untersuchungshaft befindlicher Kutscher bietet das Bild tiefen Blödsinns, verräth jedoch durch gewisse Disharmonien seines psychischen Verhaltens unverkennbar die Simulation; so wollte er sehr schlecht sehen können, griff zwischen die ihm vorgehaltenen Finger, anstatt, wie ihm aufgegeben, sie anzufassen; andrerseits aber hielt er beim Schreiben die Zeilen ganz richtig inne, corrigirte sogar einmal sein Scriptum, als er statt einer Null eine Sechs geschrieben hatte und Aehnliches. Nach der Verurtheilung fuhr er fort zu simuliren, verweigerte die Nahrung, begann mit Koth zu schmieren, bis eine Einschränkung der Diät ihn zur Raison brachte. Schäfer.

54) Official report of the post-mortem examination of the body of Charles J. Guiteau by D. S. Lamb. (Medical News. 1882. July 8.)

Die Section von Guiteau's Schädel ergab: Leichte Depression einer circa zwei Quadratzoll grossen Stelle am rechten Parietalknochen mit correspondirender Elevation an der Innenseite und Depression auf der betreffenden Hemisphäre. Hie und da, besonders längs dem Sinus longitudinalis Adhäsionen zwischen Dura, Pia und Cortex ohne frische entzündliche Erscheinungen. Graue Rindensubstanz $^1/_{16}$—$^1/_8$ Zoll dick. Weisse Substanz anämisch. Gehirngewicht inclusive Cerebellum, Pons und Medulla $49^1/_2$ Unzen. Cerebellum und Insel bedeckt. Furchen sehr ausgesprochen, hie und da abnorm confluirend. (Linke Centralfurche nur durch kleine Brücke von der F. sylvii getrennt, ebenso beide Interparietal- und Transverso-occipital-Furchen etc.) Doch scheint ein höherer Grad von confluirendem Furchungstypus nicht zu bestehen. Im Uebrigen makroskopisch nichts abnormes. Die mikroskopische Untersuchung steht noch aus. Smidt.

55) L'Empoisonneur Lamson par B. Ball. (L'Encéphale. 1882. Nr. 2. p. 209.)

Der in England wegen Giftmordes hingerichtete Arzt Lamson war ein Morphiophage und nicht compos mentis. Er hatte keine richtige Vorstellung von der Wirkung der narcotischen Gifte und besass eine sonderbare Vorliebe für Aconitin, von dem er seinen Kranken, so lange er deren hatte, stets grosse Dosen verordnete. Sein ganzes Verhalten vor, bei und nach der That beweist seine geistige Störung, besonders auf moralischem Gebiete. Er gehörte nach B.'s Ansicht in ein Asyl auf Lebenszeit. Siemens.

56) La folie doit-elle être considérée comme une cause de divorce? Par Luys. (L'Encéphale. Nr. 2. p. 214. 1882.)

Bekanntlich hat die französische Deputirtenkammer Geisteskrankheit als Ehescheidungsgrund ausgeschlossen, und zwar nach dem Gutachten mehrerer bekannter Irrenärzte. L. ist andrer Ansicht, und zwar aus folgenden Gründen. Wissenschaftlich exacte und glaubwürdige Beobachtungen existiren nicht, dass ein Geisteskranker nach jahrelanger Dauer des Irreseins völlig und ohne Defect wiederhergestellt sei. Sobald das Irresein bei Männern vier Jahre, bei Frauen fünf Jahre in einem Asyl genau beobachtet ist, kann der Arzt ein sicheres Urtheil über die Unheilbarkeit abgeben. Für gewöhnlich ist anzunehmen, dass nach diesem Zeitraum bleibende anatomische Veränderungen (Circulationsänderungen, Exsudate, Atrophieen) sich eingestellt haben. Remissionen können den Defect nie ganz verdecken. Die Dementia paralytica heilt niemals und führt sicher zum Tode. Was die gemüthliche Seite der Sache anbetrifft, so verdient nicht nur der geistig erkrankte Theil das Mitgefühl und die Fürsorge, sondern auch der zurückgelassene andere Ehegatte. Das Alleinstehen, die Sorgen, die vielen Unzuträglichkeiten stumpfen das anfangs lebhafte Gefühl des

Digitized by Google

gesund gebliebenen Theils mit der Zeit ab, und die Natur verlangt schliesslich ihr Recht. Die tägliche Wahrnehmung zeigt dies. Auch kann man eine unheilbare Geisteskrankheit nicht mit einer andern chronischen Krankheit vergleichen, denn ein körperlich Kranker bleibt doch in seinen höchsten und edelsten Functionen intact, er bleibt ein actives Mitglied der Gesellschaft. Das Gegentheil besteht bei den Irren.

L. schlägt also vor, in jedem Falle nach vier- resp. fünfjähriger Beobachtung in einer Irrenanstalt eine Sachverständigencommission von drei Irrenärzten zu ernennen, welche nach allmonatlicher wiederholter Untersuchung schliesslich ihr Urtheil abgiebt. Die Zukunft der Kranken muss natürlich in jedem Falle finanziell sicher gestellt werden. Muss die Commission die unheilbare Demenz erklären, so ist die Ehescheidung durchaus gerechtfertigt. Siemens.

III. Aus den Gesellschaften.

11. Congress der „Association française pour l'avancement des sciences". Den 26.—30. August 1882.

Redard suchte die Frage, ob nach Nervendurchschneidung die Wiederherstellung der Function (es ist immer nur von der Sensibilität die Rede) erfolge durch Regeneration oder auf dem Wege der Anastomose, an dem Endaste des N. cubitalis zu entscheiden. Er fand, dass, wenn man den zum kleinen Finger tretenden Nerven da durchschneidet, wo er keinerlei Anastomose mehr hat, die Sensibilität dauernd verloren geht. Er folgert daraus die Wiederherstellung der Function auf dem Wege der Anastomose. — Die Debatte, in welcher Chauveau darauf aufmerksam macht, dass wohl die anatomische Regeneration durchschnittener Nerven eine Thatsache sei, aber nicht die functionelle, führt zu dem Beschlusse, die Frage im nächsten Jahre von neuem zu erörtern.

Burot theilt seine Beobachtungen auf das zahlreiche Auftreten von Neuropathien nach einer „Schweissfieber-Epidemie" (suette miliaire) mit. Die Fälle zeigten theils vasomotorische Lähmungs-, theils vasomotorische Reizerscheinungen, also mit Erschlaffung oder Constriction der Gefässe.

Ch. David hat bei Tabes eine eigenthümliche sehr rapide, in 5 Monaten zu Stande gekommene Mortification der Zähne beobachtet, die er in Parallele stellt mit der Störung an den Nägeln und der Atrophie von Sinnesnerven.

Patain berichtet über 3 interessante Fälle, in welchen bei Neuromen und von Narbenconstriction ausgehenden Neuralgien des linken Armes Herzstörungen, heftige Palpitationen, Hypertrophie des Herzens, und daneben Hypochondrie auftraten. — Verneuil beobachtete einen ganz analogen Fall. Er amputirte den linken Arm, worauf sich die Störungen nach etwa 3 Monaten verloren. — Ollier erwähnt, dass bei einem Manne mit Neuralgie des N. saphen. sin., der jeden Abend einen neuralgischen Anfall bekam, jedesmal hierauf ein cardialgischer Anfall folgte. Hadlich.

IV. Personalien.

Ernannt als 2. Arzt der Irrenanstalt in Saargemünd Dr. Stoltenhoff, bisher in Friedrichsberg, Hamburg.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. November. No. 22.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** 1. Ein Fall von progressiver Paralyse von **Berger.** 2. Ueber eine modificirte Anwendungsweise von Mosso's Hydro-Sphygmograph von **Flechsig.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille externe par **Dastre** et **Morat.** 2. Ricerche sul polso cerebrale, del **Sciamanna** e **Mingazzini.** 3. Gli avversari delle localizzazioni cerebrali del **Sciamanna.** — Pathologische Anatomie. 4. Cysticercus racemosus des Gehirns von **Zenker.** — Pathologie des Nervensystems. 5. Fracture par irradiation de la voûte du crâne et de l'étage moyen. Fracture du condyle droit de l'occipital indépendante de la précédente par **Valude.** 6. A Contribution to the pathological anatomy of lead paralysis by **Birdsall.** 7. Four cases etc. by **Boyd.** 8. On a case of acute ascending paralysis; chronic alcoholism by **Myrtle.** 9. Sur la localisation de l'aphasie etc. par **Brissaud.** 10. Jakson'sche Epilepsie mit Lähmung etc. von **Knecht.** 11. Epilepsie; ostéomalacie par **Bourneville** et **Féré.** 12. Beitrag zur Kenntniss der atrophischen Spinallähmung etc. von **Häcker.** 13. Raie méningitique s'accompagnant d'oedème neuroparalytique etc. par **Clément.** 14. Perforating ulcer of the foot and progressive locomotor ataxia by **Treves.** 15. Traumatic neuroma etc. by **Jones.** 16. Un cas de décoloration rapide de la chevelure dans le cours etc. par **Raymond.** 17. Contracture hystérique ancienne guérie subitement par **Landouzy** et **Ballet.** 18. Contribution à l'étude de la paralysie diphtéritique par **Leroux.** — Psychiatrie. 19. Zur Encephalopathia saturnina von **Ullrich.** 20. Recherches cliniques sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales par **Daniilo.** 21. La folie du dout par **Ball.** — Therapie. 22. L'agarico moscario nostrano sperimentato in varj casi di psicopatie d'indole depressiva, del **Carlo Bareggi.** 23. Nuova applicazione terapeutica dell'idrato di cloralio del **Benvenuto.** 24. Mutterkorn bei Delirium tremens von **Arnoldow.** 25. Sull'azione del magnete etc. del **Lombroso.** — Forensische Psychiatrie. 26. Gasparone del **Lombroso.** 27. Studi su 122 delinquenti femmine del **Passini.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Bibliographie.

V. Personalien.

VI. Vermischtes.

I. Originalmittheilungen.

1. Ein Fall von progressiver Paralyse.

Von Prof. **O. Berger.**

Aus der Krankenabtheilung des Breslauer städtischen Armenhauses.

Seitdem NEUMANN im Jahre 1859 in seinem geistreichen „Lehrbuch der Psychiatrie“ (S. 135) die apodiktische Behauptung aufgestellt hat, dass die Paralyse eine ausschliesslich dem männlichen Geschlecht eigenthümliche Krankheit sei, ist das factische Vorkommen derselben auch bei Frauen durch eine nicht geringe Zahl klinisch und anatomisch festgestellter Beobachtungen zur Genüge

Digitized by Google

nachgewiesen. Allerdings ist das auffallende und ätiologisch bedeutsame Missverhältniss zwischen den beiden Geschlechtern, die frappante Prädisposition der Männer, eine allgemein — auch schon von ESQUIROL — gekannte und durch zahlreiche statistische Zusammenstellungen — die zwar im Einzelnen erheblich differiren — erhärtete Thatsache. Die Behauptung eines so ausgezeichneten Psychiaters, wie NEUMANN, wird durch die kleine Beobachtungszahl (25 sämmtlich bei Männern vorkommende Fälle) erklärt. Dazu kommt noch ein weiteres Moment. Das von NEUMANN auf der Grundlage seiner individuellen Erfahrungen entworfene klinische Bild der Paralyse darf noch heute den Werth einer mustergültigen, für die Mehrzahl der Fälle scharf zutreffenden Krankheitsschilderung beanspruchen. Aber gerade diese „klassische" Form der Paralyse kommt beim weiblichen Geschlecht relativ selten zur Beobachtung: Die Paralyse der Frauen hat im Allgemeinen einen weit ruhigeren, weniger turbulenten und langsameren Verlauf; das maniacalische Stadium ist gewöhnlich von geringerer Intensität, der „Grössenwahn" fehlt nicht selten, oder tritt wenigstens nicht so grell zu Tage, und der fortschreitende Schwachsinn — das psychische Hauptkriterium der Krankheit — beherrscht die Situation.

Es wäre überflüssig, neues casuistisches Beweismaterial für das Vorkommen der Paralyse beim weiblichen Geschlecht beizubringen. Wenn ich mir erlaube, einen vereinzelten Fall mitzutheilen, so glaube ich, dass gewisse Details desselben nicht ohne Interesse sind.[1]

Krankengeschichte.

Emilie Gembus, 28 Jahre alt, unverheirathete Nähterin, auf die Abtheilung am 22. December 1879 aufgenommen.

Anamnese (von der Mutter der Kranken erhoben).

In der Familie sind schwere Nervenkrankheiten, speciell Geisteskrankheiten, nie vorgekommen. Die Mutter und ein noch am Leben befindlicher Bruder hatten sich stets der besten Gesundheit zu erfreuen. Der Vater starb im Jahre 1866 plötzlich und unerwartet am „Herzschlag".

Die Kranke selbst war von Kindheit an schwächlich; ausser Schafblattern und Masern im Alter von 5 resp. 8 Jahren hat sie bis zum Beginn ihres jetzigen Leidens niemals an irgend welcher Krankheit gelitten. Die Zahnperiode überstand sie ohne Beschwerden; schon im Beginn des zweiten Lebensjahres konnte sie laufen, Erscheinungen von Scrophulose und Rachitis waren nie vorhanden. In der Schule lernte sie wie andere gesunde Kinder und erwarb sich ein normales Maass der üblichen Schulkenntnisse. Im Alter von 14 Jahren trat zum ersten Male die Menstruation ein, welche später regelmässig, ohne besondere Beschwerden, in dreiwöchentlichen Intervallen wiederkehrte. Um diese Zeit hatte sie über zeitweilige Kopfschmerzen, besonders im Hinterkopfe, zu klagen, doch waren dieselben nicht sehr heftig, nicht migräneartig, und verschwanden überdies nach kurzer Zeit. Bleichsüchtig soll sie nie gewesen sein. Ihr Lebenswandel war stets tadellos. Als das Kind zwar armer, aber anständiger Eltern, hat sie sich stets anständig geführt. Im Alter von 15 Jahren erlernte sie das Nähen und ging dieser Beschäftigung bis zum Beginn ihres jetzigen Leidens ungestört nach. Im Sommer 1875 stellte sich — ohne nachweisbare Ursache — nachdem die Kranke am Morgen vollständig gesund von Hause weggegangen war,

[1] Der Fall ist bereits in der Inaugural-Dissertation des Herrn Dr. GEORG ARNDT („Ein Beitrag zur Aetiologie der Dementia paralytica", Breslau, 1882) mitgetheilt.

Digitized by Google

plötzlich während der Arbeit eine „Lähmung" der rechten Hand ein, so zwar, dass sie augenblicklich die Arbeit unterbrechen musste. Ohne Erscheinungen von Seiten des Gehirns, ohne Schwindel, Kopfschmerz, Benommenheit u. s. w. wurden sämmtliche Finger der rechten Hand weiss und kalt, und dabei steif und schwer beweglich. Der übrige Theil des Körpers, Arm, Bein, Gesicht, blieben völlig unberührt. Nach circa zwei Stunden ging dieser Zustand vorüber und besserte sich im Laufe der nächsten Stunden so vollständig, dass die Kranke am anderen Tage ihre Beschäftigung wieder aufnehmen konnte. Nachmittags aber trat der Anfall genau in derselben Weise wieder auf, währte aber diesmal nur circa 15 Minuten. Die Kranke verliess ihre Arbeit und ging nach Hause, wo im Laufe desselben Tages derselbe Zustand sich noch dreimal wiederholte, aber immer nur von kurzer Dauer war, so dass sie in den Intervallen sich mit Näharbeit zu beschäftigen im Stande war. Die Mutter, welche Gelegenheit hatte, die Anfälle häufig selbst im Augenblick der Entstehung zu sehen, schildert sie des Näheren dahin, dass die Finger auffallend bleich, „leichenblass" wurden, und sich sehr kalt anfühlten, und dass die Kranke über Stechen und kribbelnde Empfindung in denselben klagte. Dabei war sie ungeschickt zu jeder Thätigkeit, wenngleich eine vollständige Lähmung nicht bestand, denn die Finger konnten, wenn auch mit sichtlicher Anstrengung und nur langsam, hin und her bewegt werden. In den nächstfolgenden Tagen, während welcher die Patientin im Hause ihrer Eltern blieb, wiederholten sich die Paroxysmen mit gesteigerter Häufigkeit (vier- bis sechsmal am Tage); die krankhaften Erscheinungen beschränkten sich aber jetzt nicht mehr auf die Finger, sondern betrafen allmählich den ganzen Arm, und nach acht Tagen gesellte sich zu dem Abgestorbensein und der Schwerbeweglichkeit desselben auch eine hochgradige Sprachstörung im Anfall, so dass nur wenige unverständliche Worte gesprochen wurden und späterhin sogar völlige Sprachlosigkeit eintrat. Innerhalb der nächsten Wochen wurden die Intervalle zwischen den einzelnen Anfällen grösser, so dass freie Pausen von 8—14 Tagen vorhanden waren, während welcher die Kranke zwar über allgemeine Schwäche klagte, aber immerhin sich mit ihrer Nähterei zu beschäftigen vermochte. Andererseits aber hatten die Anfälle eine bedeutend gesteigerte Ausdehnung gewonnen: Nach denselben Initialerscheinungen verbreiteten sich Bewegungslosigkeit und Muskelstarre über sämmtliche Gliedmaassen, clonische Krämpfe traten dabei nicht auf und das Bewusstsein blieb völlig erhalten. Dauer der Anfälle 10—20 Minuten. Etwa Mitte December desselben Jahres trat in der Nacht ein überaus intensiver Anfall auf, der eine Stunde andauerte und einen derartigen Schwächezustand hinterliess, dass die Kranke am anderen Morgen nicht im Stande war, das Bett zu verlassen. Noch an demselben Tage wurde sie auf den Rath des sie behandelnden Arztes in das Hospital zu Allerheiligen aufgenommen und daselbst mit Electricität behandelt. Nach vierwöchentlichem Aufenthalte daselbst wurde sie entlassen und blieb jetzt frei von den oben geschilderten Paroxysmen. Wenngleich sie jetzt im elterlichen Hause wieder ihrer Näharbeit obliegen konnte, so ging diese jedoch schlecht von Statten und zwar sowohl wegen Schwäche und Ungeschicklichkeit der Hände, als wegen höchst auffallender Fehler und Verkehrtheiten, die sie sich bei der seit langen Jahren so gewohnten Beschäftigung zu Schulden kommen liess. Auch machten sich jetzt der Mutter ihre auffallende Gedankenlosigkeit und Gedächtnissschwäche sehr bemerklich, die früher angeblich nicht bestanden. Unvernünftige Aeusserungen, Wahnideen irgend welcher Art, psychische Erregungszustände u. A. m., traten nicht zu Tage. Sie war noch stiller und ruhiger geworden, als sie schon in gesunden Tagen gewesen war, und die Gedankenschwäche nahm in rapider Weise zu. Im Frühjahr 1876 war sie von Neuem 4 Wochen im Hospital, von wo sie auf ihren Wunsch wieder zu ihrer Mutter zurückkehrte. 3 Jahre lang blieb sie nun zu Hause, während welcher der geistige Verfall immer mehr zunahm, zu der Ungeschicklichkeit der Hände sich auch eine auffallende Unbeholfenheit des

Digitized by Google

Ganges gesellte und auch die Sprache mit wechselnder Intensität stockend und schwerfällig wurde. Im Jahre 1877 traten die Anfälle aus der früheren Krankheitsperiode wieder auf, während welcher die Sprache völlig aufgehoben war und sich ausserdem Zuckungen in den Gesichtsmuskeln einstellten. Auch jetzt soll dabei das Bewusstsein nicht gestört gewesen sein, die Erscheinungen an den Armen und Beinen (der tonische Krampf) waren geringer als früher. Im Mai 1879 kehrte sie wieder in's Hospital zurück und blieb nun daselbst theils auf einer inneren Abtheilung, theils auf der psychiatrischen Klinik.

Status praesens. Die Kranke ist eine mittelgrosse Person, von schlanker Statur, schlaffer und wenig entwickelter Musculatur und sehr mässigem Panniculus adiposus. Gesichtsausdruck in hohem Grade stupid. Haut und sichtbare Schleimhäute blass. Sie ist sich darüber im Klaren, wo sie sich jetzt befindet und kann auch einige, allerdings nicht im Zusammenhange stehende, Angaben aus ihrem Hospitalaufenthalt und den früheren Krankheitsstadien machen. Ihr Benehmen ist stets freundlich und zuvorkommend, ihre Intelligenz in sehr hohem Grade herabgesetzt. Selbst auf die einfachsten Fragen bleibt sie oft mit verlegenem Lächeln jede Antwort schuldig, die allerleichtesten Rechnenexempel vermag sie nicht zu lösen, und auch beim Zählen kommt sie nur bis auf 10, um dann, bei der Aufforderung fortzufahren, die letzte Zahl fortwährend zu wiederholen. Zu irgend einer Beschäftigung in der Anstalt ist sie nicht zu brauchen. Sie sitzt den ganzen Tag ruhig auf dem Stuhle neben ihrem Bette, wobei sie häufig nickende Bewegungen mit dem Kopfe, in langsamem Rhythmus, und analoge Rückwärtsbewegungen mit dem Rumpfe macht. Wiederholt hat sie dabei das Gleichgewicht verloren und ist vom Stuhle zu Boden gefallen. Fordert man sie auf, diese Bewegungen zu unterlassen, so sistiren dieselben im Augenblicke, um aber nach wenigen Augenblicken von Neuem zu beginnen. Besondere Klagen hat sie nicht vorzubringen, weder über ihr körperliches, noch über ihr geistiges Befinden. Irgend welche falsche Vorstellungen werden niemals geäussert, auch wenn man durch längere Unterhaltung mit ihr sich bemüht, über ihr Vorstellungsleben etwas herauszubekommen. Auch während ihres Aufenthaltes auf der psychiatrischen Klinik hat sie in psychischer Hinsicht nur die Zeichen vorschreitender Demenz dargeboten, niemals aber irgend welche Depressions- oder Exaltationszustände gehabt. (Nach Mittheilung des Herrn Collegen Leppmann.)

Schädel: Im Ganzen klein, ohne auffallend asymmetrischen Bau.

Horizontalumfang	510	Millimeter,
Längsdurchmesser	172	„
Querdurchmesser	141	„
Höhendurchmesser	114	„
Gesichtslinie	120	„

(Der Längenbreitenindex beträgt demgemäss $= \frac{141 \cdot 100}{172} = 81{,}9$,

der Längenhöhenindex $= \frac{114 \cdot 100}{172} = 66{,}2$.)

Der Kopf auf Anklopfen nirgends schmerzhaft, die Pupillen über mittelgross, beiderseits gleich, mit guter Reaction sowohl auf Licht, als auf Convergenzbewegung. Die Beweglichkeit der Bulbi ungestört. Das Sehvermögen ohne besondere Störung, ophthalmoskopisch keine Besonderheiten. Die anderen Sinnesorgane, soweit sie einer eingehenden Prüfung zugänglich, functioniren normal. Keine Lähmung im Gebiete der übrigen Hirnnerven, keine deutliche Asymmetrie des Gesichts. Die Zunge schmal und dünn, doch nicht atrophisch, ohne fibrilläre Zuckungen, wird gerade herausgestreckt, alle ihre Bewegungen sind sehr schwerfällig und ungelenk. Das Gaumensegel ohne Deviation, Schlingvermögen ungestört. Hochgradige Störung des Sprachvermögens. Wenngleich das Gesprochene verständlich erscheint, so macht sich doch eine beträchtliche

Digitized by Google

Dysarthrie geltend und zwar Silbenstolpern (Dysarthria syllabaris), mit zitternden Bewegungen der Lippen, besonders im Orbicularis oris, Levator labii superioris, in den Zygomaticis und dem Levator menti; die einzelnen Silben werden nur unvollständig ausgesprochen oder verschluckt, oft auch eine Silbe mehrmals wiederholt. Dabei ist die Sprache verlangsamt, jedoch nicht skandirend. Von den einzelnen Lauten sind namentlich die sogenannten Gaumen- und Zungenlaute erschwert und undeutlich, aber auch die genauere Differenzirung der Labial- und Zischlaute ist unvollkommen.

An den oberen Extremitäten Schwäche des rechten Armes, alle Bewegungen langsam, schwerfällig, zuweilen leicht zitternd, doch ist die Kranke im Stande, selbstständig zu essen.

Der Gang langsam, ungeschickt, nicht atactisch. Alle Einzelbewegungen möglich, wenn auch mit geringer Kraft, entsprechend der mageren Musculatur. Nirgends locale Muskelatrophien. Sensibilität und Reflexerregbarkeit normal, Patellarsehnen- und Achillessehnenreflexe vorhanden, kein Fussclonus. Die electrische Erregbarkeit allenthalben gut erhalten.

In beiden Lungenspitzen deutliche Zeichen der Infiltration, mässiger Husten mit schleimig-eitrigem Auswurf. Das Herz normal. Appetit und Verdauung ohne besondere Störung; Urin frei von Eiweiss und Zucker, Urin und Stuhl zuweilen in die Kleider. Puls 76, regelmässig, von geringer Spannung und mittlerer Grösse. Temperatur 37,2.

Die weitere Beobachtung der Patientin bis zu ihrem am 20. Februar 1881 erfolgenden Tode ergab ein progressives Vorschreiten aller Krankheitserscheinungen.

Im October 1880 zeigte die Locomotionsstörung während einiger Tage eine sehr auffällige Verschlimmerung so dass die Kranke die meiste Zeit bettlägerig war, und ungeführt in Gefahr gerieth, hinzufallen. Das Gehvermögen besserte sich bald wieder, bis gegen Ende des Jahres eine erneute Verschlimmerung derart eintrat, dass die Kranke wiederum einige Wochen im Bett zubrachte. Während dieser Zeit wurde sie oft ohne jede Motivirung sehr unruhig, und schrie dann viertelstundenlang in einem fort.

Auch davon erholte sich die Kranke und bis auf die letzten Wochen vor dem Tode war sie gewöhnlich ausserhalb des Bettes. Die psychische Schwäche hatte indess weitere Fortschritte gemacht, so dass sie sich im Zustande des tiefsten Blödsinns befand, Urin und Stuhl unter sich liess und gefüttert werden musste. Auch die Motilitätsstörungen hatten in gleichem Grade zugenommen.

Status am 8. Januar 1881: Die Kranke im höchsten Grade abgemagert, vollständig dement, macht fortwährend die oben erwähnten nickenden Bewegungen mit dem Kopfe. Sprachvermögen noch schwerfälliger als früher, doch immer noch verständlich. Keine deutliche Parese des Facialis, die Zungenbeweglichkeit erschwert, wie früher, doch keine eigentliche Paralyse.

Obere Extremitäten: Der rechte Arm bleibt in seiner Beweglichkeit hinter dem linken auffallend zurück. Ohne Nachhülfe mit der linken Hand ist die vollständige Elevation nicht möglich. Auch der Händedruck ist rechts deutlich schwächer als links. Am rechten Arm bei vollkommener Ruhelage im Bett fortwährende choreiforme Bewegungen, namentlich Elevationsbewegungen in der Schulter, Ad- und Abduction der Hand, seltener Fingerbewegungen, besonders des Daumens, — die offenbar vom Willen unabhängig sind. — Sensibilität normal, indem Nadelstiche und andere schmerzhafte Reize eine entsprechende Reaction veranlassen. Musculatur beiderseits gleichmässig abgemagert und schlaff. Keine Muskelspannungen. Die electrische Erregbarkeit erhalten.

Untere Extremitäten. Das linke Bein im Knie gebeugt und stark nach innen rotirt. Die Kranke scheint nicht im Stande zu sein, willkürlich die Normalstellung einzunehmen, beim passiven Redressement starke Resistenz. Auch im

Digitized by Google

rechten Kniegelenk leichte Beugecontractur, so dass bei horizontaler Rückenlage die Kniekehle etwa 15 cm. von der Unterlage abgehoben ist. Beide unteren Extremitäten in allen Abschnitten paretisch, die Bewegungen langsam und unvollkommen; genauere Prüfung der Einzelbewegungen nicht möglich. Musculatur schlaff und abgemagert bei erhaltener electromusculärer Contractilität. Cutane Schmerzempfindlichkeit erhalten, ebenso die Haut- und Sehnenreflexe, letztere jedenfalls nicht gesteigert.

14. Februar 1881. Grosse Unruhe der in den letzten Wochen sehr verfallenen Kranken. Oft stundenlanges Schreien während der Nacht. Passive Rückenlage mit stark flectirten Knien, die nur schwer ausgestreckt werden können. Die choreatischen Bewegungen am rechten Arm geringer. Decubitus am Kreuzbein und rechten Trochanter. Starker Husten mit zähem, braungelblichem, übelriechendem Auswurf. Rechts vorn und hinten Dämpfung mit bronchialem Athmen und klingenden Rasselgeräuschen. Temperatur 39,2, Puls 108, klein, leicht comprimirbar. Unter zunehmendem Collaps exitus letalis am 20. Februar 1881.

Obduction (Herr Prof. Dr. MARCHAND) 10. h. p. m.

Sectionsprotocoll. Stark abgemagerte weibliche Leiche, beide untere Extremitäten stark flectirt, nur unvollkommen streckbar. Schädeldach ohne besondere Veränderung, Dura mater ausserordentlich schlaff, umgiebt das augenscheinlich sehr stark verkleinerte Gehirn, wie ein faltiger Rock. Dura selbst unverändert. Pia mater an der Oberfläche des Grosshirns sehr stark weisslich getrübt und verdickt, besonders im Bereich beider Stirnlappen, die ausserdem in ihrer vorderen Hälfte durch die verdickte Pia fest miteinander vereinigt sind, so dass die Längsspalte hier ganz obliterirt ist.

Die Pia lässt sich von der Oberfläche der Gehirnhemisphären nur mit zahlreichen Substanzverlusten ablösen, die ziemlich gleichmässig über die Oberfläche der Stirn-, Scheitel- und selbst Hinterhauptsschläfenlappen vertheilt sind. Die Gehirnsubstanz ausserordentlich verringert, ziemlich fest, Rinde sehr schmal, bräunlich. Ventrikel stark erweitert, mit klarer Flüssigkeit. Im vorderen Theil des rechten Streifenhügels ein eingesunkener röthlich-gelber Herd von Bohnengrösse, der sich durch die Dicke der grauen Substanz erstreckt. Sonstige Herderkrankungen und Veränderungen an den grösseren Gefässen nicht vorhanden. Gewicht des Gehirns 850 grm. Dura spinalis unverändert. Die weichen Häute im Bereich des Dorsaltheils stark verdickt und ziemlich gleichmässig weisslich getrübt. Die Substanz der Medulla auf Durchschnitten ohne bestimmte Veränderungen, aber im Bereich der hinteren Seitenstränge, namentlich im oberen Theile, etwas schmutzigweiss.

Die linke Lunge mit zahlreichen disseminirten, zum Theil deutlich käsigen und zum Theil schwärzlichen, peribronchitischen Knötchen. Die rechte Lunge in allen drei Lappen mit zahlreichen lobulären Herden von graurother bis hellgelblicher Färbung; einige im Oberlappen deutlich brandig erweicht, in den Bronchien graugelbliche übelriechende Flüssigkeit. Decubitus an Steissbein und rechter Hüfte. Das Herz klein, bis auf eine geringe Verdickung und ganz zarte polypöse Excrescenzen an der Mitralis, ohne Veränderungen. Die übrigen Organe ohne besonderen Befund.

Anatomische Diagnose: Leptomeningitis chronica adhaesiva cerebralis, leptomeningitis chronica spinalis, atrophia cerebri, hydrocephalus internus. Cicatrix apoplectica embolica corporis striati dextri. Peribronchitis caseosa et fibrosa pulmonum; pneumonia lobularis partim purulenta et gangraenescens pulmonis dextri, bronchitis putrida. Endocarditis levissima verrucosa valvulae mitralis.

Die von mir an dem frischen Präparat vorgenommene mikroskopische Untersuchung ergab äusserst zahlreiche Körnchenzellen in den hinteren Abschnitten beider Seitenstränge, während sie in den übrigen Theilen des Rückenmarks theils gar nicht, theils nur vereinzelt gefunden wurden. Weitere Veränderungen waren nicht vorhanden, weder an Gefässen und Bindegewebe, noch an Nervenfasern und Ganglienzellen. Auch

Digitized by Google

die Untersuchung des in Müller'scher Flüssigkeit gehärteten Rückenmarks ergab dasselbe Resultat.[1]

In dem mitgetheilten Falle von progressiver Paralyse konnte auf Grund der bis zum tiefsten Blödsinn fortschreitenden Intelligenzschwäche, in Verbindung mit den hochgradigen Motilitätsstörungen an den oberen und unteren Extremitäten, der charakteristischen Sprachbehinderung u. A. m., die klinische Diagnose keinem ernstlichen Zweifel begegnen, wenngleich in einer gewissen Krankheitsperiode die Möglichkeit einer multiplen Sclerose des Hirns und Rückenmarks nicht völlig auszuschliessen war. Es handelte sich dabei um die oben erwähnte demente Form der Paralyse. In ätiologischer Hinsicht war weder eine erbliche Anlage, noch irgend eine der bekannten veranlassenden Ursachen vorhanden; höchstens könnte man auf die kümmerlichen Lebensverhältnisse, unter welchen die Kranke ihr Dasein fristete, recurriren. — Die ersten manifesten Krankheitserscheinungen traten im Alter von 23 Jahren auf — ein aussergewöhnlich jugendliches Lebensalter — und fast 6 Jahre betrug die Dauer des Leidens. Von den Symptomen dürften die oben geschilderten, das Initialstadium beherrschenden „Anfälle" eine besondere Beachtung verdienen. Sie kennzeichnen sich in sinnfälliger Weise als auf arteriellem Gefässkrampf beruhend, welcher sich anfangs auf die Finger der rechten Hand beschränkt, später aber über den ganzen Arm ausbreitet. Mit den Merkmalen der cutanen Ischaemie ist eine ausgesprochene motorische Störung der betroffenen Theile verbunden. Dass diese Anfälle ein beginnendes Hirnleiden signalisiren, wird von dem Augenblick an klar, wo sich zu ihnen die hochgradige Sprachbehinderung hinzugesellt; die Zusammengehörigkeit und der gemeinschaftliche Entstehungsort in der linken Grosshirnhemisphäre liegen offen zu Tage. Späterhin entwickelt sich im Anschluss an genau dieselben Prodromalerscheinungen eine tonische Muskelstarre über sämmtliche Gliedmaassen und erst in einem noch späteren Stadium kommt es auch zu klonischen Zuckungen der Gesichtsmusculatur. Es kann keinem Bedenken unterliegen, diese Paroxysmen mit den der Paralyse zukommenden, sogenannten „paralytischen Anfällen" zu identificiren, welche auch bisweilen als tetaniforme Zustände (Calmeil, Voisin), und mit Erhaltung des Bewusstseins auftreten. Ihr besonderes Gepräge aber erhalten sie in unserm Falle durch die so deutlichen vasomotorischen Erscheinungen und in diesem Sinne kann derselbe als Stütze für diejenige Erklärung der paralytischen Anfälle dienen, welche einen vasomotorischen Krampfzustand voraussetzt. Von Interesse sind dabei die Angaben von Reinhard,[2] welcher im Beginn des Anfalls die Localtemperatur hinter dem Ohr herabgesetzt fand. Da wir es mit einer hochgradigen Erkrankung der Grosshirnrinde zu thun haben, und überdies die hier in Betracht kommende linke Hemisphäre keinerlei

[1] Herr Dr. Arndt hatte (für seine oben citirte Dissertation) im hiesigen pathologischen Institut das Rückenmark untersucht. Herr Dr. Krafft, I. Assistent des Instituts, hat nachträglich die Freundlichkeit gehabt, die mikroskopische Untersuchung selbst zu wiederholen und den negativen Befund constatirt.

[2] Archiv f. Psychiatrie u. Nervenkrankh. X. S. 465.

Digitized by Google

weitere Herderkrankung darbietet, so ist es wohl erlaubt, dem paroxystischen Angiospasmus eine Reizung der in der Grosshirnrinde von Eulenburg und Landois nachgewiesenen vasomotorischen Centren zu supponiren. Eine stärkere Läsion gerade der linken Grosshirnhemisphäre, speciell der motorischen Rindenzone derselben, ist zwar anatomisch nicht nachgewiesen,[1] wohl aber nicht nur durch die sich stets am rechten Arm einleitenden Anfälle — die ja ihrerseits mehrfache Berührungspunkte mit der „partiellen", „corticalen" (Jackson'schen) Epilepsie darbieten —, sondern auch durch die choreaartigen Bewegungen und die später deutlich hervortretende Lähmung des rechten Armes wahrscheinlich gemacht. Es erscheint mir wenigstens ungezwungen, auch diese beiden Erscheinungen auf eine Läsion des entsprechenden Rindenterritoriums zurückzuführen. — Der anatomische Befund ergab die pathognostischen Veränderungen des Centralnervensystems: hochgradigste Atrophie des Gehirns, mit chronischer Leptomeningitis cerebralis und spinalis. Am Rückenmark zahlreiche Körnchenzellen in den Hinterseitensträngen, doch keinerlei sclerotische Prozesse. Besondere Erwähnung verdient das Gehirngewicht von 850 Gramm. Nach Rudolf Wagner beträgt das mittlere Gehirngewicht bei Frauen 1250 grm., so dass wir es hier mit einer Abnahme von 400 grm. zu thun haben. Gehirnwägungen bei Paralytikern von Meyer und Simon ergaben sehr differente Resultate. Das niedrigste Gehirngewicht nach mehrjähriger Krankheitsdauer betrug bei Meyer 950, bei Simon 1005. Mendel fand bei 26 eigenen Wägungen ein Minimum von 1125. Die Gewichtsabnahme in unserem Falle scheint die stärkste zu sein, die bisher überhaupt bei der Paralyse festgestellt wurde. Die lange Dauer des Leidens erklärt die so enorme Atrophie des Gehirns und den dieser entsprechenden Gewichtsverlust. — Das Rückenmark erwies sich, abgesehen von den Körnchenzellen in den Seitensträngen, vollständig intact und es wird dadurch der Beweis geliefert, dass auch schwere und andauernde Motilitätsstörungen, wie sie unsere Kranke darbot, unabhängig von einer Läsion des Rückenmarks bestehen können. Die Körnchenzellen allein können nicht dafür verantwortlich gemacht werden, da man dieselben in grosser Zahl bei verschiedenen Formen chronischer Psychosen — und auch bei anderweitigen Erkrankungen — gefunden hat, ohne dass während des Lebens die Motilität beeinträchtigt war. Demgemäss werden wir wohl nicht fehlen, wenn wir die Bewegungsstörungen, sowohl der Articulationsorgane, als der Gliedmaassen, von der Erkrankung derjenigen Stelle ableiten, welche überhaupt den fundamentalen Sitz der Krankheit darstellt, von der Grosshirnrinde. Gerade die Combination von Reiz- und Lähmungserscheinungen, wie sie in unserem Falle, mit besonderer Bevorzugung einer Extremität, sich vorfindet, ist ja der corticalen Paralyse[2] eigenthümlich.

---

[1] Leider wurde durch ein Missverständniss das Gehirn nicht aufbewahrt.

[2] Diese Bezeichnung der von dem Cortex des Menschen ausgehenden Bewegungsstörungen ist für die Mehrzahl der Fälle völlig berechtigt. Keineswegs bildet regelmässig ein Sensibilitätsdefect die essentielle Grundlage derselben, sondern es handelt sich meistens um Lähmungen im echten und eigentlichen Sinne des Wortes. Daran kann die Munk'sche

Digitized by Google

Mendel[1] hebt hervor, dass insbesondere die sogenannte „motorische Region" der Grosshirnrinde (Centralwindungen, Paracentralläppchen und deren nächste Nachbarschaft) die erheblichsten pathologischen Veränderungen darzubieten pflegt. — Der in unserem Falle vorgefundene bohnengrosse Herd im vorderen Theil des rechten Streifenhügels — es liegen mehrfache Beobachtungen von Herderkrankungen (Erweichungsherden) bei Paralyse vor — kann in keiner Weise für die Erklärung der klinischen Symptome wesentlich in Betracht kommen.

2. Ueber eine modificirte Anwendungsweise von Mosso's Hydro-Sphygmograph.

Von Professor **Paul Flechsig** in Leipzig.

Ich bediene mich gegenwärtig zur Untersuchung des Vorderarm-Pulses Geisteskranker des Mosso'schen Hydro-Sphygmographen in einer Weise, welche mir von allen Methoden den Puls zu schreiben am wenigsten zeitraubend und am sichersten zum Ziele führend erscheint und insbesondere auch bei unruhigen Kranken befriedigende Resultate liefert. Indem ich bezüglich der Einrichtung des genannten Apparates auf Mosso's Werk „Ueber den Kreislauf des Blutes im menschlichen Gehirn" (1881, Veit & Co. S. 44) verweise, bemerke ich nur, dass Mosso den Glascylinder zur Aufnahme des Vorderarms mit Wasser füllt, so dass nur der Tubulus, welcher die Verbindung mit dem Marey'schen Tambour vermittelt, mit Luft gefüllt bleibt. Die Einfüllung von Wasser ist zeitraubend und führt insbesondere bei unruhigen Kranken mancherlei Unzuträglichkeiten mit sich, insofern als der Kautschukverschluss am Arm leicht undicht wird; sie scheint mir aber nach meinen Erfahrungen zum Studium zahlreicher Pulsverhältnisse auch überflüssig. Es genügt, den Glascylinder mit Luft zu füllen und gegen den Arm luftdicht abzuschliessen, um den Puls klar und deutlich aufschreiben zu lassen. Auf diese Weise bedarf es kaum $^1/_2$ Minute zur Application des Apparates. — Derselbe registrirt nun bei dieser Anwendungsweise auch veränderliche Zustände der Arm-Musculatur und lässt so — was mir von besonderem Interesse erscheint — u. A. eigenartige Erregungsvorgänge in derselben erkennen, welche dem blossen Auge sich entziehen; z. B. bei einem Kranken meiner Klinik mit kataleptisch-ekstatischen Zuständen

Deutung der „motorischen" Region als „Fühlsphäre" nichts ändern. Ich stütze mich dabei auf eine nicht unerhebliche Zahl eigener — natürlich anatomisch controlirter — Beobachtungen. Selbstverständlich leugne ich keineswegs, dass man auch beim Menschen von einer corticalen Coordinationsstörung (Ataxie) sprechen kann. Ob es mehr zur Ataxie, oder zur wirklichen Paralyse kommt, scheint mir in Beziehung zu dem Umstande zu stehen, ob die corticale Läsion nur ganz oberflächlich ist (reine Rindenerkrankung), oder auch die Markleiste mit umfasst. Auch die räumliche Ausdehnung innerhalb der motorischen Zone dürfte von Einfluss sein. Näheres an anderem Orte.

[1] Die progressive Paralyse der Irren. Berlin 1880. S. 174.

Digitized by Google

regelmässige rythmische Contractionen, welche in beträchtlicher Geschwindigkeit (etwa 8 in der Secunde) einander folgen. Ich gedenke hierüber alsbald in diesem Blatte ausführlicher zu berichten. Den so modificirten Mosso'schen Apparat könnte man füglich als Aëro-Sphygmograph bezeichnen.

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Les nerfs vaso-dilatateurs de l'oreille externe par Dastre et Morat. (Arch. de phys. normale et patholog., II. sér. 1882. No. 7. p. 326).

Die Verf. suchten bei Thieren (Kaninchen, Hunden) das Vorhandensein von Vasodilatatoren des äusseren Ohres, ihren Ursprung und Verlauf festzustellen. Nach Durchschneidung des Halsmarkes bei curarisirten Thieren tritt vorübergehende Congestion der Ohr- und Kopfgefässe auf; lässt man diese ablaufen und reizt dann das untere Rückenmarkssegment, so erfolgt eine sehr beträchtliche Erweiterung der Ohrgefässe (bei schwachen Strömen einseitig, auf blosse Reizung des Hinterstranges der correspondirenden Seite). Ebenso entsteht Gefässdilatation bei Reizung der Rami communicantes des achten Cervicalnerven und des ersten Brustnerven; weiter abwärts dagegen Gefässverengerung. Die Verf. schliessen daraus, dass in der achten Cervical- und ersten Dorsalnervenwurzel die Vasodilatatoren, in den weiter abwärts liegenden Wurzeln die Vasoconstrictoren vorherrschen, beide aber aus sehr nahe bei einander belegenen spinalen Centren entspringen (Centrum ciliospinale von Budge und Waller, aus welchen auch die pupillenerweiternden und die im Sympathicus enthaltenen secretorischen, sowie die vasoconstrictorischen Antlitznerven hervorgehen). Sie lassen es dahingestellt, ob ausserdem vielleicht durch einen Theil der im Sympathicus enthaltenen Vasodilatatoren einen höheren Ursprung (aus der Med. oblong.) nimmt, wofür der Umstand zu sprechen scheint, dass auch nach Durchschneidung des Hals- oder Brust-Sympathicus auf reflectorische oder asphyktische Erregung noch ein gewisser Grad von Gefässdilatation eintritt.

A. Eulenburg.

---

2) Ricerche sul polso cerebrale, del Sciamanna e G. Mingazzini. (Arch. di psichiatria. 1882. F. 3. p. 310.)

Die Verf. experimentirten nach der Mosso'schen Methode an einer hinreichend weiten Schädelöffnung eines Menschen, bei welchem die Dura bloss lag.

Die in einer Tafel beigegebenen Curven haben aber auf normale Verhältnisse keinen Anspruch, da sie von einem fiebernden Patienten bei kurzer und frequenter Athmung entnommen sind.

Jedenfalls ergiebt sich aber eine bedeutende Verschiedenheit zwischen dem Cerebralpuls und der, von demselben Individuum genommenen Radialpulscurve.

Die Curve des Cerebralpulses zeichnete sich durch tricuspidale Form aus; die anakrote Erhebung war deutlich geringer als die katakrote, deren zweite Erhebung höher war als die erstere, also eigentlich eine selbstständige Erhebung bildete

Bei geistiger Anstrengung (Rechenexempel), während der Apparat in Thätigkeit war, erfolgte erst ein Abfall, dann eine Curve von zwei Pulsationen, deren erste tricuspidal mit Neigung zur Erhebung nach der anakroten Erhebung war, während die zweite bei gleicher Neigung zwei deutliche katakrote Erhebungen aufwies.

Digitized by Google

Die Effecte weiterer Versuche auf den Cerebralpuls durch Anwendung des constanten Stroms (auf die Cervicalganglien des Nervus sympathicus) und durch Amylnitrit einzuwirken, müssten an den Curven selbst nachgesehen werden. Jehn.

---

3) Gli avversari delle localizzazioni cerebrali del E. Sciamanna. (Arch. di Psichiatria e scienze penali. 1882. F. 3. p. 209.)

Verf., welcher selbst auf dem Standpunkt Exner's in Bezug auf theilweise „absolute Rindenfelder" steht, erörtert die gegnerischen Meinungen Goltz's und Brown-Séquard's und führt einen selbstbeobachteten Fall an, in welchem er in der Lage war am Menschen zu experimentiren.

In einem Falle von Bruch des rechten Seitenwandbeins wurde durch Tropanation ein beträchtliches Knochenstück in der vorderen Partie jenes Knochen entfernt. Die Oeffnung war oblong, schrägliegend, 34 mm lang, 25 mm breit, die Dura mater eine gewisse Strecke vom Cranium abgehoben; die faradische Reizung geschah auf derselben, indem eine Electrode über die Fläche derselben verschoben wurde, während die andere auf Vorderkopf oder Sternum stand.

Nur wenn die faradische Electrode im Centrum jener künstlichen Oeffnung stand, wurden Bewegungen des Mundschliessens bei gleichzeitiger, der Stromdauer synchroner, tetanischer Contraction der Masseteren erzielt.

Die Autopsie ergab, dass jener Punkt der Mitte der aufsteigenden Frontalwindung entsprach.

Der constante Strom wurde in gleicher Weise, wie der faradische angewandt, die Kathode über der Oberfläche der Dura mater; auch bis unter die Knochendecke geführt, die Anode stand auf dem Vorderkopf oder einem unerregbaren Punkt der Dura mater. Die erregbaren, später durch die Autopsie genau bestimmten Punkte waren:

Stellung der Kathode auf dem untern Drittel der aufsteigenden Parietalwindung; — Wirkung bei Stromschluss: Erhebung des linken Nasenflügels und der linken Oberlippe, sowie des Mundwinkels.

Stellung der Kathode entsprechend der hinteren Centralfurche (Solco posterocentrale) zwischen der aufsteigenden Parietalwindung und dem unteren Parietallappen:

Wirkung: Streckung der linken Hand, speciell der drei ersten Finger, leichte Beugungserscheinungen des Vorderarms und Erhebung der Augenbraun.

Stellung der Kathode auf dem hintern Theil der Plica sapramarginalis an dem Punkt, wo diese die obere Temporalwindung erreicht:

Wirkung: Rotation des Kopfes nach links, Bewegungen im Orbicularis palpebrarum. Erhebung der Augenbraun und leichte Vor- und Rückwärtsbewegungen der Zunge. Jehn.

Pathologische Anatomie.

4) Ueber den Cysticercus racemosus des Gehirns von F. A. Zenker. (Sep.-Abdr. aus „Beiträge zur Anatomie und Embryologie. J. Henle als Festgabe zum 4. April 1882 dargebracht von seinen Schülern.")

Die von Virchow im Jahre 1860 zuerst beobachteten eigenthümlichen cystischen Gebilde an der Basis des Gehirns, die von ihm als „Traubenhydatiden" bezeichnet wurden, hat Verf. als Blasenwürmer erkannt und sie als „Cysticercus racemosus" beschrieben. Derselbe stellt die vorhandenen eigenen und fremden Beobachtungen zusammen.

Digitized by Google

1. Fall: 47jähriger Mann, 17 Jahre vor dem Tode epileptische Anfälle, mässiger Kopfschmerz; später Zunahme der epileptischen Anfälle. Plötzlicher Tod. Zur Zeit des Beginns der epileptischen Anfälle war ihm ein Bandwurm abgetrieben worden. Section: Freier traubenförmiger Cysticercus der Hirnbasis. Eingekapselte Cysticercen der Hirnbasis.

2. Fall: 63jähriger Mann, Gehirnerscheinungen während des Lebens nicht beobachtet. Todesursache: Frische Pneunonie. Cysticercus racemosus frei zwischen Pons Varolii und Sehnervenkreuzung.

3. Fall: 21jähriger Mann, im Irrenhaus gestorben, schwachsinnig, Gehen plump, fortwährendes Schwanken nach rückwärts, undeutliche lallende Sprache. Tod plötzlich. Cysticercus racemosus, der in einer sehr grossen Cystenblase, die anscheinend getrennte Cysten darstellte, sass.

4. Fall: Zufälliger Befund von Cysticercus racemosus bei einem 66jährigen Mann, der nach einer Oberschenkelamputation pyämisch zu Grunde gegangen war.

5. Fall: Vom 34—42. Lebensjahr epileptische Krämpfe, die aber dann aufhörten. Plötzlicher Tod im 52. Lebensjahr in Folge einer Apoplexia haemorrhagica. Ausserdem aber Cystenblase zwischen Kleinhirn und Medulla oblongata und in den 4. Ventrikel hineinragend.

6. und 7. Fall: Zufälliger Befund von Cysticercus racemosus, der anscheinend Krankheitserscheinungen nicht hervorgerufen.

Verf. citirt nun noch drei Fälle von Virchow, einen von Merkel, drei von Marchand, einen von Westphal. Im Ganzen sind es 15 unzweifelhafte Fälle, die bis jetzt vorliegen.

Die Form der Blasen ist entweder buchtig, (höckerige Eorm durch zahlreiche, diffuse Ausbuchtungen der Wand) oder mehrblasig (ein Cysticercus hat mehrere Blasen, die durch enge, schlauchförmige Verbindungsstücke mit einander zusammenhängen) oder acinös oder traubig (scharf begrenzte Ausbuchtungen, welche wie gestielte Beeren aufsitzen).

Die Blasenwand hat eine ziemlich hügelige Aussenfläche, „wie ein aus unbehauenen rundlichen Steinen zusammengesetztes Strassenpflaster", ist gefäss- und strukturlos. Die Blasenflüssigkeit enthält kein Eiweiss. In den typischen, hochgradigen Fällen (7) wurde ein Finnenkopf nicht nachgewiesen, während sich fast in allen minderentwickelten derselbe fand. In drei der sieben typischen Fälle fanden sich noch gewöhnliche Hirnfinnen.

Das Fehlen des Kopfes ist als eine Entwickelungshemmung in Folge des übereilten Wachsthums anzusehen. Es sind dann und bleiben sterile Blasen (Cysticercenacephalocysten Küchenmeister).

In den hochgradigen Fällen ruft der Cysticercus racemosus chronische Arachnitis und weiterhin im Gefolge derselben chronischen Hydrocephalus hervor.

In fünf von den 15 Fällen (kleinere Blasen) waren keine Hirnerscheinungen zur Kenntniss gekommen, in 8 waren dieselben deutlich, wenn auch in sehr verschiedenem klinischen Bilde, gewesen.

Die Kranheitsdauer nach dem ersten Auftreten der Erscheinungen gestaltet sich sehr verschieden, doch kann der Cysticercus racemosus ein Alter von 17 Jahren und mehr erreichen.

In sieben von den 15 Fällen starben die Kranken an den Folgen des Cysticercus-Leidens und zwar in 4 Fällen ganz plötzlich, in 5 Fällen erfolgte der Tod durch intercurrente Krankheiten.

Die pathologische Bedeutung des Cysticercus racemosus stellt sich folgendermaassen dar: „Derselbe kann, wenn oder so lange er klein bleibt, als eine anscheinend unschädliche, wenigstens keine auffälligen Symptome erzeugende Bildung getragen werden. Sobald er aber zu beträchtlicher Grösse herangewachsen ist, bedingt er stets mehr oder weniger schwere functionelle Hirnstörungen, bisweilen völlige Geistes-

Digitized by Google

zerrüttung, sowie auch tiefe Destruction der Hirnsubstanz und führt theils (und zwar besonders häufig) ganz plötzlich, theils langsam zum Tode. Auch unter den Ursachen des plötzlichen, fulminanten Todes gebührt ihm daher eine nicht ganz unwichtige Stelle."

Verf. schliesst mit der Aufforderung, Bandwürmer, auch wenn sie keine Beschwerden machen, unverzüglich abzutreiben, besonders auch um Selbstinfektion mit den Eiern zu verhüten und mit dem finnigen Schweinefleisch nicht so sorglos, wie es bisher meist geschieht, umzugehen. M.

Pathologie des Nervensystems.

5) **Fracture par irradiation de la voûte du crâne et de l'étage moyen. — Fracture du condyle droit de l'occipital indépendante de la précédente** par Valude. (Soc. anat., séance du 26. Nov. 1881; Progr. méd. 1882. Nr. 27.)

Der Titel gibt die wesentlichen Folgen eines Falles auf den Kopf an. Das Kleinhirn und die rechte V. jugularis int. waren von dem vollständig dislocirten Condylus verletzt worden. Tuczek.

---

6) **A Contribution to the pathological anatomy of lead paralysis** by Birdsall. (Amer. Journ. of Neurol. and Psych. II.)

Vor drei Jahren zuerst Extensorenlähmung, Alkoholist, ziemlich plötzlicher Tod, wahrscheinlich Uraemie. Deutliche und zweifellose anatomische Veränderungen des Rückenmarks führt B nicht an. Smidt.

---

7) **Four cases, in which jodoform, used as a local application, appeared to exert a poisonous influence on the economy** by Mr Stanley Boyd. Brit. medic. journal 17. Juni 1882.

Vier Fälle von Jodoformintoxication. Fall 1 und 4 Benommenheit, ansteigende Temperatur, allgemeiner Kräfteverfall, einsetzend mit der Anwendung von Jodoform, rasch schwindend mit dem Aussetzen des Mittels, Fall 3 meningitische Erscheinungen bei einem Kinde, plötzliches Aufschreien, Augenverdrehen, heftiger Kopfschmerz etc., ebenso mit dem Aussetzen des Mittels sich rasch bessernd. Fall 2 ausgedehnte gut granulirende Brandwunden, früher Albuminurie; Jodoformverband. Fieber, heftige Delirien, Coma, Tod. Im Hirn nichts Abnormes. Subpleurale und subpericardiale Petecchien. Bronchopneumonie. Smidt.

---

8) **On a case of acute ascending paralysis; chronic alcoholism** by A. S. Myrtle. (Brit. medic. Journ. Aug. 19. 1882.)

Die Patientin des Verf. war von früher Jugend an dem Alcoholgenuss ergeben, anfangs in Gestalt schwerer Weine und Biere, später auch Brandy; vom 14. Jahre an Leberschwellung, später Vomitus matutinus, Uterusinfarct, Dysmennorrhoe, Sterilität, hysterische Symptome. Mit 25 Jahren, Januar 1882, allgemeine Muskelschwäche, Taubheitsgefühl in den Fusssohlen und Fingern, einen Monat später durchschiessende Schmerzen, Kniephänomen erhalten, objectiv keine Anästhesie oder Lähmung nachzuweisen, Druckschmerzhaftigkeit des zweiten bis fünften Dorsalwirbels. Anfang April

Digitized by Google

rasch aufsteigende Paralyse und Anästhesie mit vasoparalytischen Erscheinungen. Sphincteren intact. Ende April Coma und Tod. Autopsie nicht gemacht. Mit dem Auftreten spinaler Symptome cessirten die übrigen Krankheitserscheinungen von Seiten der Leber und des Magens völlig. Der consultirte Dr. Clifford Albutt hielt die spinalen Symptome für specifisch alcoholisch und hob hervor, dass Abusus spirit. bei Weibern fast nie wie bei Männern auf das Gehirn wirke, er habe bei ersteren nie Delirium tremens gesehen, dagegen scheine mit Vorliebe das Rückenmark hier afficirt zu werden. Aehnlich sprach sich in der Discussion in der Brit. med. Association Dr. Broadbent aus, der vier ähnliche Fälle beobachtete. In einem Falle war bei der Autopsie das Rückenmark makroskopisch intact, die mikroskopische Untersuchung wurde nicht gemacht. Beide Autoren sprechen sich mithin gegen die Diagnose auf acute progressive Paralyse in diesem Falle aus.

Smidt.

---

9) **Sur la localisation de l'aphasie associée à l'hémianésthésie ou à l'hémichorée** par Brissaud. (Progr. méd. 1882. No. 40.)

In der linken Grosshirnhemisphäre einer Frau mit Aphasie und rechtsseitiger Hemichorea ohne Hemiplegie fand sich ein Erweichungsherd, der den Linsenkern in einem Bogen durchsetzte, dessen vorderes Ende in das Knie der inneren Kapsel, dessen hinteres Ende in das hintere Drittel des hinteren Schenkels der inneren Kapsel zwischen dem carrefour sensitif und dem Pyramidenbündel gedrungen war. — Ein ähnlicher Herd lässt sich für die seltene Combination von Aphasie mit Hemianästhesie ohne Hemiplegie construiren; nur müsste das hintere Ende des Bogens den carrefour sensitif erreichen und ebenfalls das Pyramidenbündel intact lassen.

Tuczek.

---

10) **Jakson'sche Epilepsie mit Lähmung im Gebiet des linken Facialis. — Erweichungsherd in der rechten, vordern Centralwindung an der Stelle des „Facialiscentrum"** von Dr. Knecht in Colditz. (Allgem. Zeitschr. f. Psychiatrie Bd. 39. Heft 2, 3.)

Verf. beschreibt einen Fall von Rindenepilepsie, welchen er einen Monat zu beobachten Gelegenheit hatte. Derselbe betraf einen 49 Jahre alten Mann (Phthisiker). Die Symptome bestanden in Parese des linken Facialis, Zuckungen in dem von diesem versorgten Muskelgebiet mit oder ohne Verlust des Bewusstseins, sowie zeitweise solche im linken Bein. Verf. hebt noch besonders hervor, dass die Schädelpercussion unterhalb des rechten Scheitelhöcker eine umschriebene, schmerzhafte Stelle ergab. Der Tod trat unter immer häufiger eintretenden Krämpfen der oben erwähnten Art und vollkommener Bewusstlosigkeit ein. Die Section ergab einen Erweichungsherd von Kirschgrösse am vordern Rand der vorderen Centralwindung in der Höhe der zweiten Stirnwindung. Dieser Befund erklärt nach der Ansicht des Verfassers die Krämpfe im Facialisgebiet vollkommen; die Zuckungen im linken Bein will er durch eine von dem Herde ausgehende, collaterale, zeitweilige Stauung ausgelöst wissen.

Brückner.

---

11) **Épilepsie; ostéomalacie** par Bourneville et Féré. (Progr. méd. 1882. No. 40.)

Hereditäre Belastuug, Epilepsie von Geburt an; Anfälle heftiger und häufiger seit der Pubertät; geringe Intelligenz, Abnahme der Anfälle mit fortschreitendem Blödsinn in den letzten Lebensjahren. Tod durch Koprostase im 43. Jahre. Negativer Hirnbefund, osteomalacisches Becken. Spontanfractur des linken Oberarmknochens.

Tuczek.

Digitized by Google

12) Beitrag zur Kenntniss der atrophischen Spinallähmung Erwachsener — Polio (Tephro-) Myelitis anterior von Dr. A. Häcker. (St. Petersburger medicin. Wochenschr. 1882. Nr. 40.)

Ein 41jähriger Arzt erkrankte plötzlich am 14. Juli 1881 mit Schwäche der unteren Extremitäten, die sich in einigen Tagen zu vollkommener Lähmung steigerte; bald wurden auch obere Extremitäten, Rumpf- und Nackenmuskeln ergriffen. Am 11. Tage wurde vollständige Lähmung der unteren Extremitäten und des linken Arms, fast complete Lähmung der rechten Oberextremität, Parese der Nacken- und Kaumuskeln, sowie der Facialisgebiete, theilweise Lähmung der Respirationsmuskeln constatirt. Sphincteren frei. Dagegen hochgradige Herabsetzung der Sensibilität an den untern und ausgesprochene Störung derselben an den obern Extremitäten. Haut- und Sehnenreflexe vollkommen aufgehoben. Mitte August bildeten sich zwei Decubitusgeschwüre auf dem Sacrum. Zu derselben Zeit bemerkte man eine hochgradige Atrophie aller von der Lähmung ergriffener Muskeln. Etwa 4 Wochen nach den ersten Erscheinungen begann Besserung; zuerst kam die Störung der Respiration zum Ausgleich, dann stellte sich allmählich die Sensibilität an den Extremitäten wieder ein; der Decubitus heilt. Beweglichkeit kehrte zuerst in die Rumpf- und Nackenmuskeln; dann in Händen und Armen zurück; erst von der zweiten Hälfte October besserte sich die Motilität der Beine, machte aber in den nächsten Wochen so rasche Fortschritte, dass Pat. Mitte November schon mit Stöcken gehen und Ende December als geheilt betrachtet werden konnte, bis auf eine noch länger restirende Schwäche und Unsicherheit der untern Extremitäten.

Die elektrische Erregbarkeit war am 7. und 8. Tage in den ergriffenen Muskeln und Nerven durchaus normal; die im September zur Zeit schon eingetretener Besserung angestellte zweite Untersuchung zeigte in allen ergriffenen Theilen complete Entartungsreaction (auch im Facialisgebiet). Am 30. September soll an den Muskeln der Hände, des Vorderarms und Gesichts bereits wieder das Auftreten der faradischen Erregbarkeit constatirt worden sein: als bemerkenswerth wird angeführt, dass nur der secundäre nicht aber der primäre Strom Contractionen auslöste. Erst später, nach Wiederkehr der normalen galvanischen Zuckungsformel kehrte auch die Erregbarkeit für den Extracurrenten zurück.

Anamnestisch wird erwähnt, dass der Pat. vor 19 Jahren syphilitisch inficirt gewesen, 3 Jahre mit Mercur und Jod behandelt worden, seitdem keine syphilitischen Symptome gezeigt. Verf. weist die Annahme eines Zusammenhangs der Erkrankung mit der früheren Lues entschieden zurück. Von grösserer Bedeutung ist ihm der Umstand, dass der Pat. seit 8 Jahren Morphinist.

Verf. reiht seinen Fall der Poliomyelitis anterior subacuta an, obwohl ihm das Abweichende von dem typischen Bilde (Sensibilitätsstörung, Decubitus) und andererseits die Aehnlichkeit mit der Landry'schen Paralyse wohl zum Bewusstsein kamen. Er schlägt übrigens für solche Fälle des raschen und stetigen Fortschreitens der Lähmung selber die Bezeichnung Poliomyelitis anterior progressiva vor. Ref. hält dafür, dass der Fall den von Erb und Schultze gewürdigten Uebergangsformen zwischen typischer Landry'scher Paralyse und anatomisch deutlicher charakterisirten myelitischen Erkrankungen zuzuzählen ist. Eisenlohr.

---

13) Raie méningitique s'accompagnant d'oedème neuroparalytique, 1) dans un cas de compression du grand sympathique et de la moëlle; 2) dans un cas de maladie de Werlhof par le Dr. E. Clément. (Revue de médecine. Octobre 1882. p. 891.)

In einem Fall von ausgedehntem Wirbelkrebs mit Compression des Rückenmarks und des Sympathicus, sowie in einem Fall von Werlhof'scher Krankheit beobachtete

Digitized by Google

C. eine sehr lebhafte Erregbarkeit der Gefässnerven in der Haut. Wenn man mit dem Fingernagel einen Strich in der Haut machte, so bildete sich zuerst ein weisser Streifen, welcher nach 30—40 Secunden lebhaft roth wurde. Nach einer Minute bildete sich an der gereizten Stelle eine ziemlich starke Urticaria-artige Erhebung in der Haut, welche 5—6 Stunden andauerte. Verf. verwerthet diese beiden Beobachtungen zur Unterstützung der Ansicht, dass die Werlhof'sche Krankheit als Nervenleiden zu betrachten sei. (Hierzu ist zu bemerken, dass dasselbe Phänomen sich zuweilen auch bei sonst ganz gesunden Personen zeigt. Ref.)

Strümpell.

---

14) Perforating ulcer of the foot and progressive locomotor ataxia by Fr. Treves. (The Lancet. 1882. Oct. 21.)

Die 39jährige, anamnestisch nicht belastete Kranke litt seit ihrem 34. Lebensjahre wiederholt an tiefgreifenden Ulcerationsprocessen an den untern Extremitäten, die bereits die Amputation im linken Chopart'schen Gelenk nöthig gemacht und schliesslich zu circulären callös umrandeten Geschwüren am rechten Fuss und am Amputationsstumpf des linken Beines geführt hatten. Die Ulceration ging ausnahmslos von circumscripten verhornten Stellen der Epidermis aus, deren Unterlage allmählich eiteriger Schmelzung anheimfiel.

Als Pat. in T.'s Beobachtung kam, gab sie an, seit 7 Wochen unsicher und schwach auf den Beinen zu werden und zeigte bei der Untersuchung sofort das typische Bild der Tabes. Erhebliche Ataxie der untern Extremitäten, unregelmässig vertheilte Anästhesie derselben. Erhebliche Störung des Muskelgefühls. Sehnenreflexe erloschen. Reflectorische Pupillenstarre. Mässige lancinirende Schmerzen.

In seinen umfangreichen kritischen Bemerkungen würdigt Verf. den von Ball und Thibierge auf dem Londoner internationalen Congress nach dem Vorgang von Savory und Butlin statuirten pathologischen Zusammenhang zwischen dem „Mal perforant" und der Hinterstrangsclerose, indem er einerseits die jedem Chirurgen geläufigen Schwierigkeiten einer Differentialdiagnostik der einzelnen Formen dieses vielgestaltigen Geschwürsprocesses auf's Neue hervorhebt, andrerseits in der mechanischen Läsion des unter Hauthörnern gelegenen subcutanen Gewebes einen genügenden Grund für diese Ulceration findet.

T. kann sich hiernach nicht entschliessen, in dem „Mal perforant" ein prämonitorisches Symptom der Tabes oder eine „trophoneurotische" Secundäraffection, etwa nach Art der Charcot'schen Arthropathie anzuerkennen, sondern sieht in der Coincidenz beider Erkrankungen ein rein zufälliges Zusammentreffen — die Wirkung localer Schädlichkeiten auf durch „ungenügende Innervation resistenzlose" Gewebstheile.

Kast.

---

15) Traumatic neuroma of ulnar nerve with loss of power of parts supplied by Sidney Jones (St. Thomass' Hosp.). (The Lancet. Sept. 23. 1882.)

Ein 10jähriges Kind hatte sich durch Fall in eine Fensterscheibe eine wenig ausgedehnte Schnittwunde an der Innenfläche des linken Ellbogens zugezogen, von der es ausser einer leichten Empfindlichkeit der vernarbten Stelle keinen Nachtheil zurückbehielt.

Nach Jahresfrist starke Druckempfindlichkeit der äusserlich unveränderten Narbe, bei deren genauerer Betastung sich eine aus zwei stark bohnengrossen Anschwellungen bestehende Verdickung des linken N. ulnaris herausstellte. Atrophie des Ulnargebietes am Vorderarm und Hand, Lähmung der gesammten vom Ulnaris belebten Muskeln mit Anästhesie seines cuntanen Verbreitungsbezirkes.

Bei operativer Blosslegung erwies sich der Nerv zerrissen, die beiden durch einen

Digitized by Google

Bindegewebsstrang verbundenen Enden desselben zu den oben beschriebenen „Neuromen“ verdickt.

Die beiden Nervenenden wurden gedehnt, angefrischt und mit 3 Catgut-Suturen vereinigt — mit gutem Erfolge. Kast.

---

16) **Un cas de décoloration rapide de la chevelure dans le cours de violentes névralgies du cuir chevelu** par Raymond. (Revue de médecine. 1882. No. 9.)

Bei einer 38jährigen, sehr erregbaren Frau trat nach einer Gemüthsbewegung Schlaflosigkeit, allgemeine Unruhe, lebhafte Schmerzen an verschiedenen Stellen des Körpers ein, besonders im Gesicht, in der Schultergegend und im Abdomen finden sich ausser den spontanen Schmerzen Druckpunkte. Trotz Chinin, Morphium, Aconitin und Bromkali keine Besserung. Eines Morgens sind die Haare der Kranken, welche fünf Stunden vorher schwarz waren, auf dem Kopfe zum grössten Theil brandroth geworden, andere weiss gefärbt. Die Haare an den übrigen Körpertheilen sind schwarz geblieben. Weiterhin wurden alle rothen Haare weiss und fielen massenhaft aus, so dass nach 14 Tagen die Kranke fast kahl war. Vier Tage nach der Entfärbung verschwanden die Neuralgieen. Ueber mikroskopische Untersuchungen ist nichts berichtet. Moeli.

---

17) **Note sur un cas de contracture hystérique ancienne guérie subitement** par Landouzy et Ballet. (Revue de médecine. 1882. No. 9.)

Wiederholte Chorea, nachher acht Monate lang bestehende Lähmung und Contractur der Beine, die nach Verabreichung zweier Pillen von Brod in einer Nacht verschwand. Moeli.

---

18) **Contribution à l'étude de la paralysie diphtéritique** par Leroux. (Revue de médecine. 1882. No. 9.)

Gaumenlähmung, Accommodationsschwäche und Strabismus neben erheblicher Ataxie aller Glieder und Fehlen des Kniephänomens bei vollständig erhaltener Sensibilität. Moeli.

Psychiatrie.

19) **Zur Encephalopathia saturnina** von Dr. Ullrich, Erlangen. (Allg. Zeitschr. f. Psychiatrie. Bd. 39. Hft. 2. 3.)

Nachdem Verf. zu Eingang seiner Abhandlung die wichtigsten Erscheinungen der einschlägigen Literatur, die in jüngster Zeit erschienen sind, erwähnt und nach einer kurzen Charakteristik der in Rede stehenden Krankheit die über die Ursachen derselben aufgestellten Theorien einer Kritik unterworfen, wobei er der von Harnack auf experimentellem Wege gewonnenen Ansicht, dass die Encephalopathie auf eine directe Einwirkung des Blei auf die motorischen Centren zurückzuführen sei, sich anschliesst, und die hierdurch nicht erklärten Symptome jener (die Bleianästhesie, Amaurose etc.) für durch Ernährungsstörungen bedingte Functionsstörungen angesehen wissen will, giebt er eine ausführliche Schilderung eines Falles von Encephalopathia saturnina, den er etwa zwei Monate lang in der Erlanger Anstalt zu beobachten Gelegenheit hatte. Es handelte sich hierbei um einen 39 Jahre alten Lackirer, welcher vor seiner Aufnahme in die genannte Anstalt bereits ein halbes Jahr lang

Digitized by Google

Krankheitserscheinungen dargeboten, welche eine beginnende Dementia paralytica vermuthen liessen. Diese bestanden in Gedächtnissschwäche, Unsicherheit im Gang und in den Händen, beginnender Sprachstörung und steigerten sich unter dem Hinzutritt von heftigen Gemüthsbewegungen so, dass seine Ueberführung in eine Anstalt nöthig wurde. Auf dem Transport nach dieser epileptiformer Anfall. Der Verlauf der Krankheit in der Anstalt bot im Ganzen das Bild der progressiven Paralyse, wobei die psychischen Symptome verhältnissmässig wenig hervortretend gewesen zu sein scheinen; vielmehr trat bald absolute Verblödung des Kranken ein. Sehr reichhaltig waren dagegen die Störungen auf somatischem Gebiet und zwar fanden sich: 1) Störungen der Motilität in Gestalt von Pupillendifferenz, Ataxie der Zunge, vorübergehender Aphasie, wechselnder Contracturstellung der Extremitäten, Abnahme der electrischen Erregbarkeit der Musculatur, circumscripten Muskelatrophien, epileptiformen Anfällen; 2) Störungen der Sensibilität als Anästhesie am ganzen Körper mit Ausnahme des Kopfes, wo Hyperästhesie bestand; 3) Störungen in der Function der Sinnesorgane; als solche fand sich z. B. vorübergehend „eine eigenthümliche Sehstörung, die beim ersten Eindruck als vollkommene Amaurose erschien, doch zeigte sich bei näherer Untersuchung, dass Lichtempfindung vorhanden war.“ Dabei mit dem Augenspiegel nichts nachzuweisen. Ferner vorübergehend Geschmacks- und Geruchslosigkeit. Der Tod trat unter allgemeinem Kräfteverfall und subnormalen Temperaturen ein. Die Section ergab chronische Leptomeningitis, Hirnatrophie, Hydrocephalus internus, Ependymgranulation, kurz einen Befund, wie bei Dementia paralytica, die chemische Untersuchung des Gehirns ein reichliches Vorhandensein von Blei im Hirnmantel (aus diesem gelang die Darstellung eines ganzen Bleikorns), im Kleinhirn, Hirnstamm und den Hirnhäuten. Im Anschluss an diesen Fall bespricht Verf. kurz die nach chronischer Bleivergiftung beobachteten Psychosen und geht dann speciell auf das Verhältniss zwischen progressiver Paralyse und Encephalopathia saturnina ein, wobei er zu dem Resultat gelangt, dass nicht, wie von anderer Seite behauptet, die Encephalopathia saturnina in gewissen Fällen unter dem Bild der progressiven Paralyse verlaufen könne, es sich bei diesen also um Pseudoparalysen, ähnlich den durch Alcoholmissbrauch hervorgerufenen handeln würde, sondern vielmehr die Bleiintoxication eine veritable progressive Paralyse zur Folge haben könne.

Brückner.

---

20) Recherches cliniques sur le rôle de la menstruation dans le cours des maladies mentales par Danillo. (Revue de médecine. 1882. No. 9.)

Verf. beobachtete bei 28 regelmässig menstruirten geisteskranken Frauen den Einfluss der Menses auf die Geistesstörung. Bei chronischen Kranken sah er grössere Lebhaftigkeit der Bewegungen und der Sprache, Unruhe, Neigung sich zu putzen, erotischen Gesichtsausdruck, zuweilen Zunahme der Hallucinationen bei Beginne oder während der Menses. Unter 10 Frauen, deren Krankheit in Heilung überging, boten 9 Steigerung der Erregung dar, solange die Krankheit noch in voller Schwere bestand. In der Reconvalescenz treten die Veränderungen depressiven oder erregten Charakters während der Periode wieder mehr oder weniger deutlich hervor, so dass namentlich bei hereditär belasteten oder Anomalieen der Sexualorgane darbietenden Frauen das Verhalten während dieser Zeit für die Erkenntniss der vollständigen Heilung von besonderer Wichtigkeit ist.

Moeli.

---

21) La folie du doute par Ball. (L'Encéphale. 1882. No. 2. p. 231.)

Klinische Vorlesung über die bekannte Krankheitsform. Die Priorität der Entdeckung wird den Franzosen reservirt und Herrn Oscar Berger Unkenntniss der

Digitized by Google

ausländischen Literatur vorgeworfen, auch von den Deutschen im Allgemeinen ungerechtfertigter Weise behauptet, dass sie eine habituelle Missachtung den französischen Arbeiten entgegenbringen. — Die Grübler werden eingetheilt in die Metaphysiker, welche sich stets mit den letzten Gründen der Dinge beschäftigen; dann kommen die Realisten, welche mehr triviale Fragen erörtern; die Scrupulösen und die Furchtsamen glauben stets ein Versehen gemacht und sich compromittirt zu haben. Andere beschäftigen sich fortwährend mit Zahlen (Napoleon zählte auch stets die Fenster der Häuser in den Strassen, durch welche er kam). Anderen drängt sich stets ein bestimmtes Wort auf. Dazu kommt bei vielen die Furcht vor Berührung. Die Prognose ist meist ungünstig; es sind Hereditarier, Degenerationsfälle, Onanisten, anämische Damen etc. Bei der Behandlung kommt stets das moralische Regime an erster Stelle, eventuell die Anstalt. Siemens.

Berichtigung.

Herr Prof. B. Ball in Paris hat in der von ihm herausgegebenen Zeitschrift „L'Encéphale" (1882. Nr. 2) eine — übrigens nur Allbekanntes enthaltende — klinische Vorlesung über „La Folie du Doute" veröffentlicht, in welcher er behauptet, dass ich mir „die Entdeckung" dieses psychopathischen Zustandes zuschreibe und damit meine tiefe Unkenntniss der ausländischen Literatur documentire. Herr Ball kann es nicht unterlassen, bei dieser Gelegenheit den Deutschen überhaupt ihre „habituelle Missachtung" der Arbeiten französischer Beobachter vorzuhalten.

Es giebt nur eine Erklärung für die mich betreffende Insinuation: Herr Ball hat meine Arbeiten über die „Grübelsucht" überhaupt nicht gelesen, oder — vielleicht wegen ungenügender Kenntniss der deutschen Sprache — nicht verstanden. Nicht von mir, sondern von Griesinger rührt die Aeusserung her, dass ihm aus der Literatur keinerlei Beschreibung des fraglichen Zustandes bekannt sei, der mit Falret's „Maladie du Doute" nicht verwechselt werden dürfe. In meinem zweiten Aufsatz habe ich auch der inzwischen erschienenen Monographie von Legrand du Saulle eingehend gedacht und gegen die in derselben vertretene Ansicht Widerspruch erhoben.

Herr Ball möge künftig sich erst genau informiren, ehe er völlig aus der Luft gegriffene Verdächtigungen entsendet. Der den Deutschen insgesammt zugeschleuderte Vorwurf verdient kein Wort der Erwiderung. Vielleicht hat Herr Ball jetzt selbst Veranlassung, sich mit der deutschen Literatur etwas eingehender zu beschäftigen.

O. Berger.

Therapie.

22) L'agarico moscario nostrano sperimentato in varj casi di psicopatie d'indole depressiva del Carlo Bareggi. (Archivio italiano per le malattie nervose. 1882. F. IV. p. 219.)

Verf. berichtet über eine Reihe von Versuchen, welche mit dem getrockneten Pulver des Fliegenpilzes (Amanita muscaria) bei depressiven Formen des Irrsinns angestellt wurden, zu welchen die dem Fliegenpilz von mehreren Forschern zugeschriebene Wirkung eines berauschenden Mittels die Veranlassung war. Die gewiss nicht unberechtigte Scheu vor dem notorisch sehr giftigen Fliegenpilz sucht Verf. durch den Hinweis auf die Behauptung hervorragender italienischer Forscher zu zerstreuen, dass selbst die giftigsten Pilze, nach Maceration in gesalzenem oder in mit Weinessig angesäuertem Wasser, gepresst, eine verdauliche, gesunde Speise seien.

Bei den Untersuchungen kamen die geschälten, unterirdisch gewachsenen Theile des Pilzes in getrocknetem und pulverisirtem Zustand zur Verwendung; die Darreichung geschah in angesäuertem Wasser.

Digitized by Google

Die Wirkung gegen die melancholische Verstimmung war:

Bei kleinen bis mittleren Dosen (12—20 grm) Herabsetzung der Temperatur des Mundes und der Schläfen (temperatura pericranica).

Bei stärkeren Dosen (20—30 grm), die zu wahrem Rausch führten, stieg diese Temperatur.

Der Puls wurde nach der Einführung des Medicaments vermehrt.

Ausserdem wurden in einzelnen Fällen Salivation, Verminderung der musculären Kraft, ferner Mydriasis, in anderen aber wieder das Gegentheil dieser Erscheinungen wahrgenommen.

In fast allen Fällen wurde Abnahme der Melancholie bis zum Auftreten einer geradezu heiteren Stimmung bemerkt; Schädlichkeiten seitens der Verdauung traten nicht hervor.

Verf. glaubt selbst nicht, dass jetzt schon ein definitives Urtheil über die Verwendbarkeit des Fliegenpilzpräparats in der psychiatrischen Praxis möglich sei. (Ob seine Hoffnung, dass das genannte Präparat nochmal dem Opium, der Belladonna und anderen narcotischen Arzneistoffen Concurrenz machen könne, sich verwirklichen wird, muss abgewartet werden. Jedenfalls sind die dargelegten, theilweise ganz widersprechenden Wirkungen wenig geeignet, grosses Vertrauen zu einer genau berechnenbaren Verwendung des Präparates einzuflössen, zumal noch der Eindruck hinzukommt, als wenn der an verschiedenen Orten gewachsene Pilz in seinen wirksamen Bestandtheilen nicht gleichmässig sei. — Ref.) Jehn.

---

23) **Nuova applicazione terapeutica dell'idrato di cloralio** del Benvenuto Bonatti. (Ibidem. p. 273.)

Als ein leicht anwendbares, rasches und durchaus sicheres Abführmittel drastischer Wirkung wird das Chloral in Verbindung mit Senna empfohlen.

Verf. reicht:

Infusum Sennae	(6 : 300 grm)
Hydrati Chlorali	1,50—2,0 grm
Syrupi	30 grm;

oder in gesättigtem Infus:

Infusum Sennae	(12 : 300 grm)
Hydrati Chlorali	1,50—3,0 grm
Syrupi	30 grm

und hat damit Wirkung erzielt, wo Jalappa und Ol. Crotonis im Stiche liessen.

Jehn.

---

24) **Mutterkorn bei Delirium tremens** von Arnoldow. (Wratsch 1882. Nr. 37. D. Med. Zeitg. 26. October 1882.)

Bei einem Säufer mit Hämoptysis, bei dem Chloral wirkungslos, brachte Ergotin Blutstillung und Beseitigung der Symptome des Alcoholismus. In sieben andern Fällen hörten nach 1—$1^1/_2$ gran Ergotin die Delirien bei Delirium tremens auf.

M.

---

25) **Sull'azione del magnete e sulla trasposizione di sensi nell'isterismo** del Lombroso. (Archivio di psichiatria etc. 1882. F. III. p. 219.)

Zwei Fälle von Hypnotismus bei jugendlichen hysterischen Individuen werden mitgetheilt.

Im ersteren war die Wirkung des Magneten auf die Anfälle seltsam. Sobald der Südpol applicirt wurde, und zwar selbst über der Kleidung oder der Bettdecke,

Digitized by Google

trat der Anfall ein. Application des Nordpols oder beider Pole gleichzeitig hob den Anfall auf.

Einmal gelang es durch alternirende Anwendung einen Wechsel von Schlaf und Wachen zu erzielen.

Ein therapeutischer Erfolg wurde durch die Anwendung des Magneten, welcher schliesslich gar keine Wirkung mehr ausübte, nicht erzielt. Der Krankheitsfall soll schliesslich in Folge Anwendung homöopathischer Kurmethode vermittelst Kupferoxyd zur Genesung gebracht sein.

In dem zweiten mitgetheilten Fall war eine „Transposition" der Sinne auffallend. Die Patientin las mit geschlossenen, in Convergenz nach oben gerichteten Augen Nr. 7 Jäger, unterschied Farben etc. und las mit verbundenen Augen nach Versicherung des Verfassers durch Vermittelung der Nasenspitze und des linken Ohrläppchens Erscheinungen, welche Lombroso dem Phänomen des „Transfert" an die Seite zu stellen geneigt ist. Jehn.

Forensische Psychiatrie.

26) Gasparone del Lombroso. (Archivio di psichiatria etc. 1882. F. III. p. 269.)

Enthält die genaue Beschreibung des Schädels jenes Gasparone, eines berühmten und berüchtigten Räubers aus dem Anfang dieses Jahrhunderts, dessen Name noch in Legenden und Liedern fortlebt.

Verf. findet an dem Schädel die deutlichsten Kriterien eines Verbrecherschädels in der Microcephalie des Stirntheils, in der Anomalie eines Wormianischen Knochens, im Eurigmatismus, in der Vergrösserung der orbitalen Capacität, der Oxycephalie und in übermässiger Dolichocephalie. Jehn.

---

27) Studi su 122 delinquenti femmine del Pasini. (Ibidem. p. 281.)

Die Resultate der Schädelmessungen an jenen 122 Delinquentinnen sind in einigen Tabellen niedergelegt, aus denen hervorzuheben wäre, dass unter 25 Schädeln von Mörderinnen sich die Ultradolichocephalie 3mal, die Mesocephalie 14mal, auffällige Brachycephalie 8mal fand. Es fand sich:

Asymmetrie	25 mal	unter	61	bei	Mörderinnen
	9 „	„	20	„	Diebinnen
	8 „	„	22	„	Kindesmörderinnen
Eurigmatismus	7 „	„	65	„	Mörderinnen
	6 „	„	20	„	Diebinnen
	2 „	„	22	„	Kindesmörderinnen
abnorme Ohren	2 „	„	20	„	Diebinnen
	4 „	„	61	„	Mörderinnen
mangelhafte Entwickelung der Oberlippe	11 „	„	61	„	Mörderinnen
	3 „	„	20	„	Diebinnen
	2 „	„	22	„	Kindesmörderinnen.

Erröthen wurde bemerkt bei 21 % der Mörderinnen,
20 % bei Giftmischerinnen,
18 % bei Kindesmörderinnen und
10 % bei Diebinnen.

Jehn.

Digitized by Google

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Ophthamologischen Society of England. Sitzung vom 22. October 1882. (The Lancet. 1882. Oct. 21.)

Im Anschluss an den Bericht von S. Mackenzie über eine Beobachtung mehrfacher Chorioidealtuberkel und doppelseitiger Amaurose durch Neuritis optica als Prodromalerscheinungen einer rasch lethal endigenden tuberculösen Encephalomeningitis sowie von Brailly über einen primären tuberculösen Tumor der Chorioidea ohne consecutive Cerebralerscheinungen wurde die Frage nach der Häufigkeit der Chorioidealtuberculose bei tuberculöser Leptomeningitis zur Discussion gestellt und die diagnostische und prognostische Wichtigkeit dieses Symptoms für die allgemeine Miliartuberculose speciell die Tuberculose der Hirnhäute zu würdigen gesucht. Mit grosser Einhelligkeit wurde von allen Seiten (Baxter, Coupland, Sharkey, Hueke, M. B. Cartery) hervorgehoben, dass nur in den seltensten Fällen von tuberculöser Meningitis Tuberkel in der Chorioidea nachgewiesen werden könnten, viel häufiger jedenfalls Veränderungen des Sehnervenquerschnitts auf das cerebrale Leiden hinweisen.

Nur Dr. Barlow fand unter 20 Fällen von Chorioidealtuberculose 17 bei Kranken mit Basilarmeningitis, theils in Gestalt der seit Manz bekannten umschriebenen Flecke von regelmässig rundlicher Gestalt, theils als disseminirte „tuberculöse Bestäubung der Chorioidea“ (Rilliet und Barthez). Kast.

Aus der Royal Medical and Chirurgical Society. (The Lancet, Oct. 28. 1882.)

In der Sitzung vom 24. October berichtete Dr. Francis Warner „On ophthalmoplegia externa complicating a case of Graves' disease.“

Die 28 Jahre alte Pat. litt seit 4 Jahren an Basedow'schen Erscheinungen. Neben allgemeiner psychischer Irritabilität, heftigen Herzpalpitationen sowie intensiven nach Art der „Krisen“ exacerbirenden Magenbeschwerden zeigten die Augen erhebliche Störungen:

Beide Bulbi stark prominent und in einem Grade unbeweglich, der nicht durch die Protrusion allein zu erklären war, und zwar waren die Bewegungen in horizontaler Richtung erheblicher beschränkt, als die in der verticalen. — Hornhautulceration. — Beiderseitige Ptosis. Dabei „doppelseitige Parese des V. und VII. Nervenpaares.“ — Tremor der Beine. — Struma. Lues nicht nachgewiesen.

W. behandelte seine Kranke einige Zeit lang ohne Erfolg antiluetisch mit Quecksilber und applicirte später den Leiter'schen Kühlapparat an den Hals. Dabei hob sich das Allgemeinbefinden und verkleinerte sich die Struma.

Vortr. hält an seinem Falle für besonders bemerkenswerth, dass aus der ungleichmässigen Betheiligung des rechten und linken Auges, sowie der quantitativ verschiedenen Störung in der Bewegung um die eine oder andere Axe die Existenz discreter motorischer Centralapparate sowohl für jeden einzelnen Bulbus als auch für jede der genannten Blickrichtungen zur Evidenz hervorgehe.

Diesen Ausführungen gegenüber wurde aus dem Kreise der Versammlung zunächst hervorgehoben (Powar), dass es sich in W.'s Fall offenbar um eine mit den Erscheinungen des Morbus Basedowii combinirte Cerebralerkrankung handle, um so mehr als ähnliche Affectionen des Augenmuskels, der Cornea etc. bei der typischen Basedow'schen Krankheit nicht erhört sind.

In Verfolgung der erstern Frage nach der Natur und Localisation des unterstellten Gehirnleidens betonte Althaus die bei weitem häufigste Ursache aller inneren und äusseren Augenmuskellähmungen — die Syphilis und weist bei der Besprechung des Localisationsversuches der Affection neben der Lehre Hutchinson's

Digitized by Google

von der „Ophthalmoplegia interna“ durch Läsionen des Linsenkerns und der äusseren Augenmuskellähmung durch Erkrankung des Oculomotoriuskerns hin auf die neuesten Forschungen deutscher Autoren (Gudden u. A.), durch welche die Existenz getrennter motorischer Kerne für die Innervation der Binnenmuskeln des Auges in der Nähe des Oculomotoriuskerns erwiesen werden.

Vortragender selbst sieht in dem ganzen Symptomencomplex den Ausdruck einer Affection des Cervicalmarkes und der in ihm verlaufenden Sympathicusfaserung und glaubt den günstigen Erfolg seiner Kälteapplication auf die Halsgegend gleichfalls in diesem Sinne deuten zu dürfen. Kast.

IV. Bibliographie.

De l'Ataxie héréditaire (Maladie de Friedreich) par Auguste Brousse. (Paris 1882. 100 P.)

Auf Grund einer Beobachtung im Hôpital Général stellt sich Verf. die Aufgabe, die in Frankreich weniger bekannte hereditäre Ataxie durch eine monographische Bearbeitung in seinem Vaterlande zur allgemeineren Kenntniss zu bringen.

Nach einer geschichtlichen, den Verdiensten deutscher Forscher und vor allem Friedreich's vollständig gerecht werdenden Einleitung folgt die eigne Beobachtung, bei welcher es sich um ein 28jähriges Mädchen handelt, aus dessen Familie im Ganzen 16 zum Theil noch lebende Glieder an der gleichen Affection erkrankt sind, zu welchen angeblich auch Mutter und Grossmutter der Patientin gehören. Es folgt dann das typische Bild der hereditären Ataxie, auf das einzugehen uns zu weit führen würde. Auch die Symptomatologie und die Zusammenstellung der verschiedenen Fälle, sowie des pathologisch-anatomischen Befundes sind in Deutschland zu bekannt, um eine ausführliche Darstellung zu erfordern.

Als interessant möchte ich nur hervorheben, dass Verf. nach seinen Berechnungen gleiche Prädisposition und Befallensein beiden Geschlechtern zuerkennt, während wir im Allgemeinen einen grösseren Procentsatz der Erkrankung den Frauen zuerkennen zu müssen glaubten.

Zum Schluss macht Verf. den Vorschlag, die Krankheit „la maladie de Friedreich“ zu nennen. Rumpf.

V. Personalien.

Geh. Sanitätsrath Dr. Jacobi, Director der Irrenanstalt zu Bunzlau, starb nach kurzem Krankenlager in Folge eines Nierenleidens.

In Carlsbad starb der seit dem Jahre 1853 in Tetschen in Böhmen als pract. Arzt thätige Dr. Spielmann. Sp. war bis zum Jahre 1853 Secundararzt an der Prager Irrenanstalt, und seine Erfahrungen hatte derselbe in seiner „Diagnostik der Geisteskrankheiten“ (Wien 1855. Braumüller.) niedergelegt, einem Buche, das seiner Zeit Epoche machend war und in's Englische, Dänische und Russische übersetzt wurde. Auch jetzt noch nimmt diese Arbeit unter den Lehrbüchern der Psychiatrie einen ehrenvollen Platz ein. Aeussere Verhältnisse drängten seiner Zeit Spielmann aus der Psychiatrie heraus, in der er gewiss noch Tüchtiges geleistet, und liessen ihn die Stelle eines Landarztes in Tetschen übernehmen, in der er segensreich und hochgeachtet bis kurz vor seinem Tode wirkte.

VI. Vermischtes.

Die medizinische Abtheilung auf der Electricitätsausstellung in München (Ref. Dr. med. Stintzing in München in der electrotechnischen Zeitschrift. Oct. 1882), die von etwa 20 Ausstellern belegt ist, unter denen namhafte, wie Hirschmann, Krüger, Stöhrer leider fehlen, bietet im Allgemeinen kaum wesentliche Neuerungen.

Digitized by Google

In Bezug auf Inductionsapparate herrscht der kleine Spamer vor. Neu ist ein Taschen-inductionsapparat von Stein (Frankfurt a. M.). Der ganze Apparat ist in 2 Electrodengriffen von Hartgummi untergebracht, von welchen der eine das Chromsäure-Element, der andere die Drahtrollen mit selbstständigem Unterbrecher enthält. Sind die beiden Griffe durch Leitungsschnüre mit einander verbunden und stellt man den das Element enthaltenden Electrodengriff auf den Kopf, so beginnt der kleine Apparat sofort zu spielen.

In Bezug auf constante Batterien sind die Winkelzellenbatterien von Reiniger hervorzuheben. Die Elemente werden durch einfaches Umlegen der Apparate (Drehung um 90°) eingetaucht.

Als grosser Mangel fällt übrigens auf, dass sich an den allerwenigsten constanten Batterien Galvanometer finden, an den meisten nicht einmal ein Galvanoskop. Besondere Erwähnung verdient das von Dr. Edelmann in München angefertigte Einheitsgalvanometer (Beschreibung cf. D. Arch. f. klin. Med. Bd. 30. p. 589), welches vermöge seiner grossen Empfindlichkeit Stromstärken bis ein Millionstel Ampère erkennen lässt und daher zu feineren wissenschaftlichen Untersuchungen gut zu gebrauchen ist, auf der andern Seite aber auch Messungen bis zu 200 Milli-Ampère gestattet. Die Ausstellung stationärer Apparate im Verhältniss zu den transportabelen ist sehr gering.

Von Nebenapparaten sind grössere kissenartige Electroden von Reiniger, die statt aus überzogenen Metall- oder Kohlenplatten, aus gepulverter Kohle mit einem Ueberzug von mehrfachen Baumwollenlagen bestehen, ferner eine nach Erb's Angabe von Dr. Stöhrer angefertigte Electrode zur Prüfung der electrischen Hautempfindung zu nennen.

Endlich hat Stein durch Albert in Frankfurt nach französischem Muster einen Apparat zur Anwendung statischer Electricität ausgestellt. Derselbe besteht aus einer Influenzmaschine, welche in einem mit Chlorcalcium und mit einem Ventilator trocken gehaltnen Glaskasten untergebracht ist, und mittelst eines durch eine Zinkplatinbatterie getriebenen Electromotors in Gang gesetzt wird. Der Patient, auf welchen man die statischen Spannungsströme in mannigfacher Gestalt (Ladung, Druckströme, Funken etc.) einwirken lassen kann, sitzt auf einem neben dem Apparat befindlichen Isolirtaburet.

Geehrter Herr Redacteur! Mit Rücksicht auf die jetzt viel discutirte Frage von der Ueberbürdung der Schüler und deren Beziehung zur Entstehung von Geisteskrankheiten wird es gewiss von Interesse sein, eine Stimme aus dem 17. Jahrhundert zu vernehmen, welche diese Frage in einer für viele Fälle gewiss auch jetzt zutreffenden Weise löst.

Hieronymus Hirnhaim, Prämonstratenser-Canonicus in Prag, sagt in seinem Buche „De typho generis humani", Prag 1676, p. 9:

„Occurrunt passim hodierno etiam tempore multa similium exempla, quos natura indociles progenuit et idiotas jussit vivere, qui tamen tanto sciendi desiderio aestuant, ut, si studiis applicentur, capita sua pertinaci sed irrito labore frangant ac cerebrum inaniter consumant et per multas literas, quibus omnino sunt inhabiles, ad insaniam frequenter perducantur."

Wie man prophylactisch vorgehen müsse, sagt er an derselben Stelle:

„Ex hoc immodico sciendi desiderio provenit, quod tantus ubique nostro seculo sit scholarium numerus, tanta studentium turba, dum ad Gymnasia et Universitates gregatim convolant mendicabula-pauperes volo dicere non tantum marsupio sed etiam ingenio, qui postquam . . . magnam aetatis partem in scholis detriverint, animi laboribus inepti, manualibus vero inasueti, reliquum in deside penuria vitae tempus transigunt . . . . Expediret profecto in multis reprimi hanc discendi pruriginem, nec omnibus indifferenter Palladis januam patere.

Aehnlich spricht sich auch der von H. citirte Adam Contzen (Politica. Lib. 2. c. 17, 5. 6.) aus:

„Causa tanti mali confusa discentium multitudo in qua quisque, quamvis ingenio deficiat, eniti ad eruditionis fastigium contendit. Cum vero plerosque vires deserant necesse est, multos in ipsis principiis, alios in medio alios in fine, prope ipsam metam concidere."

A. Pick.

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Übersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 1. December. No. 23.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Notiz zur Aetiologie des Herpes zoster von **Erb.**

II. Referate. Anatomie. 1. Variétés des circonvolutions cérébrales chez l'homme par **Giacomini.** — Experimentelle Physiologie. 2. Ueber den Olivenkörper der Med. obl. von **Bechterer.** — Pathologische Anatomie. 3. Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel von **Sommer.** — Pathologie des Nervensystems. 4. Ueber einen Fall nucleärer Augenmuskellähmung von **Möbius.** 5. On a case of acute atrophic spinal paralysis of adults and one of haematomyelia illustrating the localisation of the lesion in the cervical enlargement of the cord in cases of atrophic spinal paralysis by **Ross.** 6. Spinallähmung von **Remak.** 7. Bemerkungen über die Pseudohypertrophie der Muskeln von **Schultze.** 8. Sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance par **Parrot.** 9. Du trismus d'origine cérébrale. Contribution à l'étude des localisations corticales par **Lépine.** 10. Un cas de méningite suppurée survenue comme complication dans le cours d'une pneumonie par **Barth.** 11. Syphilis bulbo-médullaire précoce par **Gaucher.** 12. Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale bilatérale par **Féré.** 13. Die japanische Kakke von **Scheube.** 14. Die Thrombose der Basilar-Arterie von **Leyden.** 15. Sclérose des cordons postérieurs et des cordons latéraux, coëxistant chez le même malade par **Reymond.** 16. De l'hystérie précoce von **Greffier.** 17. Contracture of a single muscle from spinal injury: relieved after six years etc. by **Tuttle.** 18. A case of choreic nervous disease, with rotation of the body and cataleptoid symptoms by **Lloyd.** 19. Two cases of ventricular hydrocephalus by **Newman.** 20. On fractures of the skull, restricted to the inner table by **Lidell.** — Psychiatrie. 21. De la Dipsomanie par **Ball.** 22. Des guérisons tardives chez les aliénés par **Rousseau.** — Therapie. 23. Ozonisirte Luft von **Binz.** 24. Ueber die hypnotisirende und anästhesirende Wirkung des Acetale von **Mering.** 25. Migraine by **Savage.** 26. Curare bei Lyssa von **Oks.** 27. Note sur l'action des courants continus étudiée au double point de vue physiologique et pathologique. — Forensische Psychiatrie. 28. Folie et Divorce par **Luys.** — Anstaltswesen. 29. Siebenter Verwaltungsbericht der Provinzial-Irren-Heil- und Pflege-Anstalt Altscherbitz von **Pätz.**

III. Aus den Gesellschaften. — **IV. Bibliographie.** — **V. Personalien.**

I. Originalmittheilungen.

Notiz zur Aetiologie des Herpes zoster.

Von Prof. **W. Erb.**

Die Beziehungen des Herpes zoster zu Erkrankungen bestimmter Abschnitte des Nervensystems (der Spinalganglien, des Ganglion Gasseri und vielleicht auch der peripheren Nerven) erscheinen zweifellos festgestellt. In allen bisher anatomisch genauer untersuchten Fällen sind entzündliche oder ähnliche Veränderungen der genannten Theile gefunden worden und dieselben sind ohne Zweifel eine wesentliche Bedingung für die Entwickelung des Zoster.

Digitized by Google

Aber wie kommt es zu diesen localen anatomischen Veränderungen? Was ist ihre nächste Ursache? Für eine ganze Reihe von Fällen, für den Zoster nach traumatischen Einwirkungen, den Zoster bei Caries und Carcinom der Wirbel, bei Lungenphthise und Pleuritis u. dgl. ist dieselbe wohl verständlich. Anders aber für die weit zahlreicheren Fälle von spontanem oder „primärem" Zoster. Für diesen ist das eigentliche ätiologische Moment noch ganz unbekannt.

Nun giebt es aber in der klinischen Geschichte des Zoster einige Thatsachen, welche darauf hinweisen, dass, wenn auch nicht alle, so doch viele Fälle von spontanem Zoster auf eine bestimmte, specifische Schädlichkeit — vielleicht auf eine gewisse Art der Infection — zurückzuführen sind. Diese Thatsachen sind: 1) die Häufung der Zosterfälle zu gewissen Zeiten und das zeitweilig beobachtete endemische oder halbepidemische Auftreten derselben zusammen mit Urticaria, Erythemen, Purpura u. s. w. — 2) der Umstand, dass die Individuen fast ausnahmslos nur einmal im Leben von spontanem Zoster befallen werden, wie dies ja für so viele Infectionskrankheiten gilt.

Die Richtigkeit der ersteren Erscheinung hat sich mir erst im letzten Frühjahr wieder aufgedrängt, da mir im Laufe von wenig Wochen 6 oder 7 Fälle von Zoster kurz hintereinander zu Gesicht kamen.

Die andere Thatsache ist fast noch auffallender; mit Lesser, der diese Frage jüngst besprochen hat,[1] einfach anzunehmen, dass es nur Zufall sei, wenn man eine an sich so seltene und wenig Spuren hinterlassende Krankheit nicht mehrmals bei dem gleichen Individuum beobachte, dazu kann ich mich doch nicht ohne Weiteres entschliessen; das Krankheitsbild ist doch zu deutlich, als dass es dem Gedächtniss so leicht entschwinden sollte, auch scheint mir dafür die Häufigkeit des Zoster zu gross[2] und überdies hinterlässt derselbe gar nicht selten recht deutliche Spuren. Und die wenigen, bislang sicher constatirten Fälle von recidivirendem Zoster (so weit sie nicht eigentlich auch traumatischen Ursprungs sind, wie der neueste Fall von Nieden[3]) würden natürlich nicht gegen die infectiöse Natur des Leidens sprechen; denn wir wissen dasselbe ja auch von anderen unzweifelhaften Infectionskrankheiten: wir vermögen nach einer gewissen Reihe von Jahren Vaccine wieder hervorzurufen, viele Menschen werden zwei- oder dreimal von Masern, von Typhus etc. befallen.

Jedenfalls ist die Frage nicht uninteressant und jeder auch noch so kleine Beitrag zur späteren Lösung derselben werthvoll. Deshalb theile ich hier in aller Kürze zwei Beobachtungen mit, die ich vor längerer Zeit machte und bei welchen jedesmal Mutter und Tochter ziemlich gleichzeitig an Zoster erkrankten, was augenscheinlich auf eine gleichzeitig dieselben treffende gemeinsame Schädlichkeit hindeutet. Ein solches Vorkommen finde ich in der mir zugänglichen Literatur nicht erwähnt.

---

[1] E. Lesser, Beitr. z. Lehre vom Herpes zoster. Virch. Arch. Bd. 86. S. 391. 1881.

[2] Wunderlich nennt ihn „eine sehr gewöhnliche, zuweilen halb epidemische Krankheitsform".

[3] A. Nieden, Fall von recidivir. Herpes zoster ophthalmicus. Centralbl. für pract. Augenheilk. 1882. Juni.

Digitized by Google

I. Fräulein H., 35 Jahr alt, erkrankte am 6. Mai 1873 an Herpes zoster intercostalis dexter, mit mässiger Neuralgie, die nur 8—14 Tage dauerte; rasche Heilung. — Am 12. Mai 1873 erkrankt auch die Mutter dieser Dame, eine Frau von 62 Jahren, unter schwereren Erscheinungen an einem Zoster lumboabdominalis sin., verbunden mit sehr heftiger Neuralgie, welche ca. 6—8 Wochen lang andauerte, dann aber in Heilung überging.

II. Im Januar 1874 werde ich von einer alten 74jährigen Dame consultirt, wegen heftiger, andauernder linksseitiger Intercostalneuralgie, welche sich im Juli 1873 mit einer sehr schweren und ausgebreiteten Zostereruption eingestellt hatte. Noch jetzt sind die Spuren derselben in Form von grossen, unregelmässigen, theils pigmentirten, theils pigmentlosen Zosternarben sichtbar, welche in geringem Grade anästhetisch sind, während ihre Umgebung hochgradig hyperästhetisch erscheint. Der 3.—6. Dornfortsatz gegen Druck sehr empfindlich; sonst keinerlei Erscheinungen von Seiten des Rückenmarks oder der Wirbelsäule. — Die Neuralgie erwies sich als ausserordentlich hartnäckig und wurde nie ganz geheilt.

Nach dem Berichte des behandelnden Arztes litt die Tochter dieser Kranken um dieselbe Zeit, als die Mutter erkrankte, ebenfalls an einem Zoster intercostalis mit mässigen neuralgischen Beschwerden, die aber nach ca. 4 Wochen ganz verschwunden waren.

Vermuthlich wird man bei erhöhter Aufmerksamkeit diesem Vorkommen noch öfters begegnen; dasselbe scheint mir doch ebenfalls mehr für die infectiöse Natur gewisser Zosterformen zu sprechen.

Ich mache ausserdem auf die, schon wiederholt urgirte, auch hier hervortretende Erscheinung aufmerksam, dass die Heftigkeit und Dauer der den Zoster begleitenden Neuralgien mit zunehmendem Alter der befallenen Individuen wachsen. In beiden Fällen hat die Mutter viel schwerer und länger an der Neuralgie gelitten, als die Tochter.

Leipzig, November 1882.

II. Referate.

Anatomie.

1) Variétés des circonvolutions cérébrales chez l'homme par le Dr. Ch. Giacomini. (Archives italiennes de biologie. Tome I. F. 2 et 3.)

Die Untersuchungen des Verf. basiren auf 168 Gehirnen, darunter 28 Verbrecher- und 8 Negergehirne. Der umfangreiche Aufsatz ist nur ein Resumé einer grösseren Arbeit. Verf. bespricht die Varietäten der Fossa Sylvii, Fissura occipito-parietalis, Centralfurche, des Stirnlappens, Scheitel- und Schläfenlappens und der innern Oberfläche. Die letzteren 3 sind nur sehr kurz behandelt. Die zahllosen Details würden für ein Referat zu umfangreich sein, sie müssen im Original nachgelesen werden.

Am interessantesten und ausführlichsten sind die Angaben über Varietäten des Stirnlappens, insbesondere des sogenannten Vierwindungstypus. Er fand folgende Varietäten. 1) Theilung der obern Stirnwindung 9mal (5mal rechts, 4mal links). 2) Theilung der mittleren Stirnwindung 24mal (16mal rechts, 8mal links). 3) Theilung der untern Stirnwindung 14mal (10mal rechts, 4mal links). 4) Vier völlig gleichmässig entwickelte Windungen 10mal (6mal rechts, 4mal links). 5) Fünf longitudinale Stirnwindungen (Theilung der mittleren und unteren) fanden sich an

Digitized by Google

3 rechten Hemisphären. 6) Zwei Windungen an 3 linken und einer rechten Hemisphäre. Die 28 Verbrecherhirne sind an der Gesammtzahl kaum über dem Durchschnitt betheiligt. Es fanden sich hier alle Varietäten vertreten: ad 1) 1mal rechts, ad 2) 5mal (4mal rechts, 1mal links), ad 3) 2mal rechts, ad 4), 5) und 6) je 1mal. Es sprechen also diese Zahlen nicht besonders für Benedict's Ansichten.

Die Schlussfolgerungen, die Verf. aus seinen ausgedehnten Untersuchungen zieht, sind im wesentlichen negative. Bei den überaus zahlreichen Abweichungen vom heutigen „Normaltypus" hält er diesen letzteren eben noch nicht für hinreichend festgestellt. Die allgemeine Regel des Organwachsthums, dass atrophirende Theile mit den umliegenden sich zu verschmelzen, sich später entwickelnde dagegen sich zu individualisiren streben, findet sich auch im Gehirn ausgesprochen, doch lässt sich aus der Oberflächenconformation des Gehirns auch nicht einmal ein annähernder Schluss auf die Entwickelung der psychischen Functionen ziehen. Die Beziehungen des Vierwindungstypus, sowie des confluirenden Furchentypus zum Verbrechergehirn, insoweit diese Typen eine anthropologische Varietät bilden sollen, werden durch des Verf. Studien nicht wahrscheinlich gemacht. Er behält sich diesen Ansichten gegenüber die weiteste Reserve vor.

Im Durchschnitt fand Verf. unter 164 Gehirnen (4 schloss er als pathologisch aus) 6,12 überzählige Furchen links, 5,67 rechts, 3,76 Uebergangs- oder anatomische Windungen rechts, ebensoviel links. Seine Verbrechergehirne gaben folgende Durchschnittszahlen:

Furchenabweichungen 4,96 rechts, 4,88 links.

Windungsabweichungen 4,66 rechts, 3,81 links.

Die wichtigsten Abweichungen fanden sich meist beiderseits, oder wenigstens auf der andern Seite angedeutet. Eine Ausnahme davon machen einige Abweichungen im Gebiet des Temporal- und Parietallappens. Smidt.

Experimentelle Physiologie.

2) Ueber den Olivenkörper der Medulla oblongata von dem Privatdocenten Bechterer aus der psychiatrischen Klinik des Prof. J. P. Merschewski. (Wratsch. 1882. Nr. 35.)

Bei seinen Untersuchungen an der Medulla oblongata war dem Verf. der Zusammenhang aufgefallen, in dem die Oliven zu den Pedunculi cerebelli standen; er hatte bemerkt, dass bei Durchschneidung beider gewisse Zwangsbewegungen die Folge waren, ferner glaubte er bemerkt zu haben, dass in den Fällen, wo nach Verletzungen der Medulla oblongata in der Nähe des Calamus scriptorius Zwangsbewegungen vorkamen, auch immer Theile der correspondirenden Olive mit verletzt wurden und dann glaubte sich schliesslich Verf. überzeugt zu haben, dass die betreffenden Zwangsbewegungen durch Verletzung der Medulla oblongata in ihren Seitentheilen erst dann eintraten, wenn die Verletzung auf der Höhe der Oliven angelegt wurden. In Folge dieser Beobachtungen versuchte Verf. den Effect einer Operation zu studiren, bei der einzig und allein die Oliven verletzt wurden.

Zu seinen Versuchsthieren wählte Verf. ausschliesslich Hunde, da er diesen des grossen Operationsterrains wegen vor Kaninchen den Vorzug gab.

Die Operation führte Verf. folgendermaassen aus:

Nachdem das Thier narcotisirt, wurde durch einen Längsschnitt die Musculatur des Hinterhauptes durchtrennt, und die Membran zwischen diesem und Atlas freigelegt. Darauf wurde durch eine in dieser angelegte kleine Oeffnung ein Messer eingeführt, dessen Schneide vermittelst eines verschiebbaren Knöpfchens aus einer dünnen Umhüllung fast unter einem rechten Winkel hervorgestossen werden konnte.

Digitized by Google

Dieser Apparat wurde nun soviel als möglich nach aussen und vorne geschoben, indem man gleichzeitig sich soviel als möglich an die innere Fläche des knöchernen Canals zu halten suchte, um dadurch den äusseren Rand des verlängerten Marks zu umgehen, darauf wurde die Schneide des Instruments nach innen hin vorgestossen und gleich darauf wieder zurückgezogen und darauf das ganze Instrument auf dem frühern Wege wieder entfernt. Auf diese Weise gelang es bei einiger Uebung nur eine Olive zu verletzen ohne irgend einen andern Theil der Medulla oblongata mit afficirt zu haben.

Die Resultate, die durch diese Operation erzielt wurden, sind in Kürze folgende:

1) Es traten verschiedene Zwangsbewegungen auf, die in den meisten Fällen einer tieferen Verletzung den Charakter von Rollbewegungen um die Längsaxe des Körpers in der Richtung zur verletzten Seite hin, annahmen. Gleichzeitig war Nystagmus an beiden Augen zu beobachten, die gleichzeitig charakteristische Ablenkungen, das eine nach unten und innen, das andere nach oben und aussen, vornahmen.

War die Verletzung weniger tiefgreifend, so liefen die Thiere entweder nach vorn, oder sie führten Kreisbewegungen aus, oder sie warfen sich nach rückwärts.

2) Das Thier nimmt gewisse Zwangsstellungen ein, es liegt — entweder constant oder in den Ruhepausen — auf der Seite der Verletzung, oder es krümmt sich in Art eines Knauls oder Hufeisens, dessen Concavität in den meisten Fällen der intacten Seite entsprach.

3) Das Thier zeigte Störungen im Körpergleichgewicht. Waren beide Oliven verletzt, so schwankte das Thier entweder von einer Seite zur andern, oder es fehlte ihm das Vermögen zu gehen und zu stehen, — war die Verletzung einseitig, so zeigte das Thier das Bestreben, auf die verletzte Seite zu fallen.

Auf Grund dieser Resultate zieht Verf. folgenden Schluss: Die Oliven sind ein Organ, welches zum Cerebellum in gleich nahen Beziehungen steht, wie die halbzirkelförmigen Canäle des Ohres und die graue Substanz, die die Trichterregion des 3. Ventrikels umgiebt. Bei Zerstörung dieser Theile kommen gleiche Störungen zum Vorschein, die entweder in verschiedenen Zwangsbewegungen und Zwangsstellungen, oder in wohl markirten Störungen des Körpergleichgewichts sich äussern.

Verf. glaubt ferner, dass wir in unserm Körper 3 verschiedene periphere Organe besitzen, die das Körpergleichgewicht beeinflussen und in directer Beziehung zum Cerebellum stehen.

Jedes dieser Organe, glaubt Verf., steht nun seinerseits mit gewissen Sinnesorganen in Verbindung, vermöge welcher wir uns im Raume orientiren können. So stehen, wie bekannt, die halbcirkelförmigen Canäle in Beziehung zum Gehörapparat. Die graue Substanz in der Nähe der Trichterregion des 3. Ventrikels glaubt Verf. auf Grund der nahen anatomischen Beziehungen mit dem Organ des Sehens in Zusammenhang zu bringen. Die graue Substanz, die wir Oliven nennen, soll nun auf Grund der anatomischen Verhältnisse in Verbindung mit den Gefühlsorganen stehen.

H. Westphalen.

Pathologische Anatomie.

3) **Beiträge zur Kenntniss der Irrenschädel** von Sommer. (Virch. Arch. 89. Bd. S. 412—492 und 90. Bd. S. 119—208.)

Im Verhältniss zu der vielen Zeit und Mühe, welche der Verf. auf die vorliegende Untersuchung unzweifelhaft verwandt hat, ist die Ausbeute, für den Psychiater wenigstens, gering; es müsste denn ein Bedürfniss anerkannt werden, für die Thatsache, dass es keinen specifischen Irrenschädel giebt, ein neues Beweismaterial herbeizuschaffen. Das letztere ist deshalb vollgültiger als das früherer Bearbeiter desselben Gegenstandes, weil Verf. die 85 von ihm genau beschriebenen und

Digitized by Google

gemessenen Schädel der Allenberger Sammlung mit einem Normaltypus derselben Klasse derselben Bevölkerung vergleichen konnte, der durch die Königsberger Sammlung repräsentirt wird. Der Beschreibung vieler Schädel sind die Antecedentien ihrer einstigen Inhaber beigefügt. Die Schilderung der Messungsmethoden und der zahlreichen morphologischen Einzelheiten, die nicht in das Gebiet des Pathologischen fallen oder wenigstens insoweit nicht dahin gehören, als sie die Entwickelung und die Function des Gehirns nicht stören — eignen sich nicht zum Referat an dieser Stelle. Hier sei nur das einzige positive, etwas auffallende Ergebniss hervorgehoben, dass im Allgemeinen der Irrenschädel wesentlich geräumiger ist, als der Normalschädel. Ueber dem männlichen Mittel von 1423,6 ccm liegen 65,7 % der sämmtlichen Allenberger Männerschädel und 100 % der Irrenschädel s. s.; über dem weiblichen von 1261,8 liegen 59,0 resp. 73,2 %. Aus der Königsberger Normalsammlung (281 Schädel, die von Kupffer und Bessel-Hagen gemessen sind) übersteigen nur 26 % der männlichen, 33 % der weiblichen Schädel den entsprechenden Allenberger Mittelwerth. Dabei ergeben die Messungen, dass die Vergrösserung der Durchmesser nicht Schritt hält mit der Zunahme der Capacität der Irrenschädel; es ist daher die Oberfläche der letzteren stärker gekrümmt, als die der Normalschädel. Jede pathologische Raumvergrösserung der Schädelhöhle (und um eine solche handelt es sich nach Verf.) muss erfolgt sein, so lange das Wachsthum der Knochen noch nicht beendet ist. Da nun die meisten Irrenschädel keine Anzeichen eines früheren Hydrocephalus tragen, wohl aber relativ häufig Nahtanomalien zeigen, besonders frühzeitige Synostosen wichtiger Nähte ohne compensirendes Offenbleiben der Stirnnaht, ferner sehr häufig Schaltknochen besitzen; an nicht wenigen eine bisweilen sehr bedeutende schwammige Hyperostose zu beobachten ist, so glaubt Verf. die Vergrösserung der Capacität und die Wölbung des Irrenschädels auf einen rachitisch-hypertrophischen Process zurückführen zu sollen, der zum Theil in die Foetalzeit reicht und in dem vielleicht ein Element der Erblichkeit von Seelenstörungen zu suchen sei. Eingehender werden die Fälle besprochen, wo Osteophytbildungen die Passage von Gefässen und Nerven an der Basis einengten und dadurch zu succesive immer schwereren Hirnsymptomen führten. Endlich wird von denjenigen Abnormitäten an den Irrenschädeln gehandelt, die auf einer Alteration des erwachsenen Schädels beruhen, also entweder auf Traumata oder auf Erkrankungen des bereits ausgebildeten Knochengewebes zurückzuführen sind. Letztere sind häufiger secundäre als primäre, die Hirnfunction beeinträchtigende Processe. Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

4) Ueber einen Fall nucleärer Augenmuskellähmung von Dr. P. J. Möbius. (Centralbl. f. Nervenheilk. etc. von Erlenmeyer. 1882. Nr. 20.)

Ein 29jähr. Lehrer, der 1877 ein Ulcus penis gehabt, schon im October 1881 vorübergehend an Doppelsehen gelitten (doppelseitige Abducenslähmung), bekam am 9. Juni 1882 auf beiden Augen Accommodationslähmung, nach einigen Tagen rechts Lähmung des Sphincter Iridis und Rect. intern., dann auch links Sphincterlähmung, rechts erst Schwäche, dann Lähmung der Recti sup. und inf. des Levator palpebrae sup. und Obliq. inf., zuletzt auch links Lähmung des Rect. intern. und der übrigen Oculomotoriusmuskeln, dazu Parese des VI., vorübergehend auch des IV. und des Facialis rechts. Circa 8 Tage nach dem Beginn gesellte sich leichte Sprach- und Schlingstörung (Parese des Gaumensegels) und Erschwerung des Ganges hinzu. Letztere ging in vollkommene Lähmung beider Beine über, das Kniephänomen, das zuerst beiderseits noch lebhaft gewesen war, schwand zuerst links, dann rechts. Eine am 19. Juni begonnene Inunctionscur führte rasch Besserung herbei; am 27. Juni konnten

Digitized by Google

beide Beine wieder etwas bewegt werden; die Functionsstörungen der Augenmuskeln fingen an, sich auszugleichen, am 28. kam das Kniephänomen wieder zum Vorschein, am 2. Juli konnte Pat. wieder stehen, am 4. August war kein Doppelsehen mehr vorhanden, die Ptosis verschwunden. Am 29. August nur noch unbedeutende Schwächeerscheinungen einzelner Augenmuskeln, keine Doppelbilder.

Verf. nimmt des eigenthümlichen Ganges der Oculomotoriuslähmung wegen eine primäre Läsion des Wurzelgebietes an und zwar nach den vorliegenden Ergebnissen der experimentellen und pathologisch-anatomischen Untersuchung (Hensen und Völckers — Kahler und Pick) einen pathologischen Prozess, der von vorn nach hinten sich ausbreitend und am Boden des 3. Ventrikels beginnend zuerst das Centrum der Accommodation, dann das der Iris, des Rect. intern. und schliesslich die Centra der übrigen Augenmuskeln, sowie das des rechten Facialis ergriff.

Ob die Kerne selbst oder Wurzelfasern, ist nicht zu entscheiden. Die Lähmung der Beine bezieht Verf. — da das Kniephänomen verschwunden war — nicht auf eine Affection der Hirnschenkel, sondern auf eine begleitende spinale Störung.

Eisenlohr.

---

5) **On a case of acute atrophic spinal paralysis of adults and one of haematomyelia illustrating the localisation of the lesion in the cervical enlargement of the cord in cases of atrophic spinal paralysis** by James Ross. (The Practitioner. 1882. Nr. 170, 171.)

Nach einer Einleitung über die Function der einzelnen Wurzeln des Halsmarks und ihre Betheiligung am Plexus brachialis und seinen einzelnen Verzweigungen berichtet Verf. von einem Fall von acuter atrophischer Spinallähmung, den er im Sinn der Localisationstheorie verwerthen zu können glaubt.

Bei einer Patientin von 22 Jahren entwickelte sich unter Schmerzen im Rücken und über den Schultern innerhalb weniger Tage eine linksseitige Lähmung im Gebiet der Nn. axillaris, suprascapularis, musculocutaneus und radialis ohne Betheiligung der Sensibilität. Die electrische Untersuchung ergab in den gelähmten Muskeln Entartungsreaction, indem die Nerven unerregbar gegen den faradischen und galvanischen Strom waren, die Muskeln unerregbar gegen den Inductionsstrom, bei Untersuchung mit dem galvanischen Strom die Zeichen gesteigerter Erregbarkeit mit Ueberwiegen der An S. Z. über die Ka S Z darboten. Nach vier Monaten zeigte sich die Motilität im M. supraspinatus, infraspinatus und teres minor zurückgekehrt, nach 6 Monaten trat die Beweglichkeit im M. deltoideus, biceps, brachialis und supinator longus ein und nach Verlauf von 10 Monaten war auch die übrige Lähmung verschwunden.

Verf. legt die Läsion in das linke Vorderhorn der grauen Substanz und glaubt entsprechend der verschieden langen Zeit zur Wiederherstellung der drei Muskelgruppen eine verschiedene Intensität der Erkrankung in dem Centrum annehmen zu müssen (?).

Auf Grund der bekannten Thatsachen über die Lähmung zusammenliegender Centren und mit Hülfe einiger Hypothesen glaubt dann Verf. mit diesem Fall ein Zusammenliegen der betreffenden Muskelcentren in der Höhe des 4. und 5. Halsnerven als wahrscheinlich gezeigt zu haben.

Im Anschluss an diesen Fall theilt Verf. noch eine Beobachtung mit, bei welcher die klinische Diagnose auf eine Blutung in die graue Substanz gestellt wurde und neben entsprechenden Störungen der Sensibilität beide unteren Extremitäten völlig, von den oberen die Nn. medianus und ulnaris gelähmt waren. Ausserdem war eine Lähmung der Bauch- und Rückenmuskeln und der Blase, eine Verkleinerung der rechten Pupille und kurze Zeit auch Decubitus vorhanden.

Im Verlauf von 3 Monaten besserte sich die linke untere Extremität (es blieb

Digitized by Google

eine leichte Steigerung der Reflexe), dagegen traten im rechten Bein Contracturen, Steigerung der Patellarsehnenreflexe, Dorsalclonus und Equino-varus-Stellung des Fusses ein.

Auf der linken Seite trat auch im übrigen eine Besserung ein, dagegen machte sich im rechten Arm verschiedentlich Atrophie bemerkbar. Dieselbe betraf nach weiteren 4 Monaten hauptsächlich die kleinen Handmuskeln. Aber während jetzt der Flexor carpi radialis und ulnaris in geringem Maasse ihre Beweglichkeit wieder erlangt hatten, waren die Fingerbeuger noch paretisch und die Handmuskeln völlig atrophisch und gelähmt.

Die Letzteren waren mit Ausnahme des Flexor pollicis brevis electrisch vollständig unerregbar, während die Beuger der Hand gegen den faradischen Strom in geringem Maasse reagirten und gegen den galvanischen Zeichen von Entartung darboten.

Verf. glaubt aus diesem Fall und der verschiedenen Restitution schliessen (?) zu können, dass das Centrum für den N. radialis etwas höher und getrennt von dem für die Beuger liege, sowie dass die Centren für die Flexoren der Hand höher liegen, als die für die langen Fingerbeuger, sowie die letzteren höher, als die Centren der Handmuskeln. Rumpf.

---

6) Spinallähmung von Dr. E. Remak. (Sep.-Abdr. a. d. Real-Encyclopädie der gesammten Heilkunde von Prof. A. Eulenburg.)

Der Begriff der Spinallähmung wird von Remak nach der gebräuchlichen Nomenclatur dahin eingeschränkt, dass darunter eine wesentlich rein motorische Lähmung spinaler Genese zu verstehen sei; die gewöhnliche, einer transversalen oder diffusen Myelitis entsprechende Paraplegie fällt daher ausserhalb des Rahmens der „Spinallähmung", ebenso die Hemiparaplegia spinalis. — Die Darstellung umfasst folgende Formen: I. Die atrophische Spinallähmung, und zwar die acute und die subacute, resp. chronische Form (mit Ausschluss der spinalen Kinderlähmung). II. Die spastische Spinalparalyse. III. Die atrophisch-(amyotrophisch)-spastische Spinalparalyse. IV. Die acute Landry'sche Paralyse. V. Secundäre Spinalparalysen. Bei aller Knappheit der Darstellung giebt die Skizze doch einen vollständigen Ueberblick über den gegenwärtigen Stand unserer Kenntnisse bezüglich der hierher gehörigen Erkrankungen und eine gute Uebersicht der Literatur.

Unter der ersten Rubrik betont R. mit Recht die von ihm zuerst voll erkannte Wichtigkeit der Localisationstypen atrophischer Lähmungen für die ganze Lehre. Die Mannichfaltigkeit und die Modificationen der electrischen Reaction werden ebenso gewürdigt, wie die Frage der differentiellen Diagnose der acuten und chronischen atrophischen Spinallähmung gegenüber anderen spinalen und peripheren Prozessen. — Strenge Unparteilichkeit ist der Schilderung der spastischen Spinallähmung und der atrophisch-spastischen Spinal- (und Bulbär-) Paralyse nachzurühmen.

Entschiedener Partei nimmt R. in der Frage nach der Pathogenese der acuten Landry'schen Spinalparalyse; er neigt sich der Westphal'schen Auffassung dieser Affection als einer (vorläufig freilich räthselhaften) Intoxication des Nervensystems ohne pathologisch-anatomische Grundlage zu.

Als secundäre Spinalparalysen werden nach dem Vorgange von Leyden einige Lähmungsformen besprochen, die wenigstens mit grösster Wahrscheinlichkeit spinalen Ursprungs sind: eine gewisse Classe von Reflexlähmungen, Spinallähmungen nach acuten Krankheiten und toxische Spinallähmungen. Eisenlohr.

Digitized by Google

7) Bemerkungen über die Pseudohypertrophie der Muskeln von Professor Schultze. (Virch. Arch. 90. Bd. S. 208—211.)

S. erklärt den kürzlich von Pekelharing (s. d. Ref. in Nr. 18 d. Bl.) mitgetheilten Rückenmarkbefund in einem Fall von Pseudohypertrophie der Muskeln für normal; derselbe bestätige lediglich die Untersuchungen derjenigen, die bei jener Affection ein normales Verhalten des Rückenmarks und speciell der vorderen Ganglienzellen fanden. Die Pseudohypertrophie sei nicht mit der progressiven Muskelatrophie zusammenzuwerfen; die erstere gebe ein einheitliches Krankheitsbild und einen eigenartigen anatomischen Muskelbefund; nie finde man Lähmung und Entartungsreaction; nie das Bild der Muskeln nach Degeneration ihrer Nervenfasern; vielmehr ist in den Muskeln eine Reihe von Fasern durch normales Fett und normales Bindegewebe ersetzt, während sie selbst zum grossen Theil im Zustande der einfachen Atrophie, zum Theil aber völlig normal oder gar hypertrophisch sind. Von einer Entzündung sei keine Rede, vielmehr stelle die Pseudohypertrophie eine Art von abnormer Entwickelung des Muskelsystems dar. Irgend welche Abnormitäten im Gehirn und Rückenmark seien lediglich Complicationen, besonders accessorische congenitale Missbildungen.

Die progressive Muskelatrophie schliesst klinisch und anatomisch verschiedene Zustände in sich; bei Atrophie und Degeneration der Vorderhornzellen entsteht immer die degenerative Muskelatrophie. Tuczek.

---

8) Sur un phénomène pupillaire observé dans quelques états pathologiques de la première enfance par M. J. Parrot. (Revue de médecine. 1882. Octobre p. 809.)

Verf. untersuchte in einer Anzahl von Fällen die (übrigens schon längere Zeit bekannte und auch bei Erwachsenen keineswegs selten vorkommende Ref.) Erweiterung der Pupillen in Folge eines heftigeren Hautreizes. Die erste Gruppe von Fällen, bei welchen P. dieses Symptom untersuchte, betraf zunächst 6 Fälle von tuberculöser Meningitis bei Kindern. In allen Fällen bestand Coma, von zeitweisen Convulsionen unterbrochen. Die Pupillen waren für gewöhnlich theils eng, theils von mittlerer Weite, nur während der Convulsionen wurden sie ausnahmslos sehr weit. In einem Falle traten scheinbar spontane abwechselnde Verengerungen und Erweiterungen der Pupille ein. In allen sechs Fällen war die Erweiterung der Pupille durch starkes Kneifen der Haut in der epigastrischen Gegend sehr deutlich hervorzurufen. Am auffälligsten war diese Erscheinung, wenn die Pupillen vorher eng waren. Bei weiten Pupillen trat das Phänomen sehr deutlich ein, wenn man die Pupillen vorher durch einfallendes Licht verengerte und dann erst die Haut im Epigastrium reizte. Neben der erwähnten Pupillar-Erscheinung bestanden in allen sechs Fällen allgemeine Hauthyperästhesie und lebhafte Gefässreflexe in der Haut (die bekannten Trousseau'schen taches méningitiques). Auch in einigen Fällen von Blutungen in der Pia mater und bei solchen Kindern, bei welchen die Autopsie keine palpablen Veränderungen im Gehirn trotz vorhanden gewesener Gehirnerscheinungen ergab, hat P. dieselben Pupillarerscheinungen, wenn auch nicht ganz so intensiv, wie bei tuberculöser Meningitis, beobachtet.

In einer zweiten Gruppe von Fällen dagegen bestanden auch schwere Gehirnerscheinungen (tiefes Coma), aber selbst das stärkste Kneifen der Haut rief keine Veränderung in der Weite der vorher meist sehr engen Pupillen hervor. Bei diesen Kranken ergab die Section entweder Oedem und Hyperämie der Pia mater oder gar keine sicheren Veränderungen im Gehirn. Die Fälle betrafen alle sehr elende Kinder mit eingesunkenen Fontanellen und äusserst herunter gekommener Ernährung.

P. hält das in Rede stehende Phänomen für bedingt durch eine reflectorisch

Digitized by Google

eintretende Verengerung der Gefässe in der Iris und eine in Folge dessen eintretende Erweiterung der Pupillen. Bei gesunden Kindern hat P. die Erscheinung niemals hervorrufen können. In practischer Hinsicht glaubt P. den diagnostischen Satz aussprechen zu können, dass das Fehlen der Pupillarerweiterung bei Hautreizen gegen das Bestehen einer tuberculösen Meningitis oder einer Hämorrhagie in der Pia mater spricht. Strümpell.

---

9) **Du trismus d'origine cérébrale. Contribution à l'étude des localisations corticales** par R. Lépine. (Revue de médecine. 1882. Octobre p. 849.)

Eine 65jährige Frau wurde plötzlich von Bewusstlosigkeit und linksseitiger Hemiplegie befallen. Dabei bestand ein continuirlicher, sehr hochgradiger Trismus, welcher 4 Tage, bis kurz vor dem Tode der Frau anhielt. Der Tod erfolgte im Coma unter einer terminalen Temperatursteigerung bis auf 42 °. 2 C. Die Autopsie ergab einen etwa taubeneigrossen, frischen hämorrhagischen Herd in der rechten Hemisphäre, welcher die Vormauer, die äussere Kapsel und einen kleinen medialen Abschnitt des Linsenkerns zerstört hatte. Nach aussen reichte der Herd bis hart an die Rinde der Insel und der „aufsteigenden Frontalwindung" heran. Ein alter, kleinerer Herd fand sich fast ganz symmetrisch gelegen in der linken Hemisphäre. L. weist darauf hin, dass diejenige Rindenstelle betroffen war, deren Reizung bei Affen nach den Ferrier'schen Versuchen vorzugsweise Bewegungen des Unterkiefers zur Folge hat. Auch einige andere, aus der Literatur gesammelte Beobachtungen sprechen für diese Localisation des Centrums der Masseteren-Bewegungen. Immerhin ist Trismus eine verhältnissmässig seltene Erscheinung bei Rindenaffectionen, was wahrscheinlich von einer schweren Erregbarkeit des betreffenden Rindencentrums abhängt. Strümpell.

---

10) **Un cas de méningite suppurée survenue comme complication dans le cours d'une pneumonie** par le Dr. H. Barth. (Revue de médecine. 1882. Août. Nr. 8. p. 681.)

Bei der Section eines an croupöser Pneumonie des rechten Oberlappens gestorbenen, 53jährigen Mannes fand sich eine ausgedehnte eitrige Convexitätsmeningitis. Ausserdem frische Endocarditis an den Aortaklappen. Verf. weist kurz darauf hin, wie die genannten Complicationen für die infectiöse Natur der Pneumonie sprechen. Strümpell.

---

11) **Syphilis bulbo-médullaire précoce (guérison)** par le Dr. E. Gaucher. (Revue de médicine. 1882. Août. No. 8. p. 679.)

Ein 27jähriger Arbeiter erkrankte mit allgemeiner Schwäche und Bewegungsstörung in beiden Beinen. Bei der Untersuchung fanden sich an der Corona glandis eine grosse frische, zum Theil noch indurirte Narbe und syphilitische Plaques auf den Tonsillen. In den Beinen bestand Parese und deutliche Ataxie. Ausserdem litt Pat. an ausgesprochenen lancinirenden Schmerzen. Die ersten Zeichen des Spinalleidens waren etwa sechs Monate nach dem Beginne der Genitalaffection aufgetreten. Etwa zwei Monate später traten deutliche bulbäre Symptome auf. Die Bewegungen der Zunge wurden schwerfällig, die Sprache undeutlich, Salivation trat ein. Unter Jodkali-Behandlung (2—4 Gramm täglich) erfolgte nach weiteren zwei Monaten vollständige Heilung aller nervösen Erscheinungen, während syphilitische Plaques auf der Mund- und Rachenschleimhaut, sowie am After fortbestanden. — Verf. hält den Fall mit Sicherheit für eine auffallend frühzeitig im Verlaufe der Lues eingetretene specifische Affection des Rückenmarks und der Oblongata. Strümpell.

Digitized by Google

12) Paralysie pseudo-bulbaire par lésion cérébrale bilatérale par Ch. Féré. (Revue de médecine. Octobre 1882. p. 858.)

Eine 27jährige Frau wurde 1877 während der Arbeit von einem Schlaganfalle betroffen. Sie verlor das Bewusstsein und wurde linksseitig hemiplegisch. Ausserdem war die Sprache, sowie das Schlucken sehr gestört. Beständige Salivation. Einige Monate später trat, ohne neuen apoplectischen Insult, auch eine Lähmung des rechten Armes ein. Vier Jahre später, 1881, fand sich folgender Status präsens: Das rechte Bein normal, der rechte Arm paretisch. Linker Arm und linkes Bein rigide und stark paretisch. Das Gesicht ist fast ganz unbeweglich. Der Mund kann kaum geöffnet werden. Pat. kann weder blasen noch pfeifen. Hochgradige Articulationsstörung, so dass die Sprache kaum verständlich ist. Schlingact sehr erschwert. Pat. kann nur kleine Mengen Flüssigkeit schlucken. Sensibilität normal. — Nach Verlauf eines halben Jahres erfolgte der Tod durch Verschluckungsgangrän der Lunge. Bei der Section fand sich die Oblongata und die Brücke vollständig normal. Dagegen bestand ein alter Erweichungsherd im äussern Abschnitt des linken Linsenkerns und eine ausgedehnte Erweichung in den untern zwei Dritteln der „aufsteigenden Parietalwindung" und in der vorderen Hälfte des „lobule du pli courbe" auf der linken Seite. Die Inselrinde und ein Theil der „ersten Temporo-Sphenoïdalwindung" waren ebenfalls erweicht, während die dritte Stirnwindung fast ganz intact war.

Strümpell.

---

13) Die japanische Kak-ke (Beri-Beri) von Dr. med. B. Scheube. (Sep.-Abdr. aus dem Deutschen Archiv für klinische Medicin. Bd. XXXI und XXXII.)

Die Kak-ke (d. h. wörtlich „Krankheit der Beine") ist eine in Japan häufige Krankheit, welche von so hervorragendem neurologischen Interesse ist, dass wir in Folgendem die wichtigsten diesbezüglichen Daten aus der gründlichen Arbeit Scheube's mittheilen.

Die Krankheit kommt namentlich in den grossen Städten Japans vor, vorzugsweise da, wo eine Anhäufung vieler Menschen in engen Räumen stattfindet, also in Kasernen, Fabriken, Gefängnissen etc. Ihr Auftreten ist sehr bestimmt an eine gewisse Jahreszeit gebunden. Das Maximum der Erkrankungen fällt auf den Juli, August und September. Schon diese Eigenthümlichkeiten der Krankheit sprechen dafür, dass sie eine miasmatische Infectionskrankheit ist.

Raçe und Nationalität sind von grösstem Einfluss. Europäer und Amerikaner erkranken fast nie in Japan an der Kakke. Das männliche Geschlecht zeigt eine weit grössere Disposition zur Erkrankung, als das weibliche. Vorzugsweise befallen wird das Jünglingsalter.

Dem Verlaufe nach unterscheidet S. vier Hauptformen der Krankheit.

Die leichteste Form der Kakke beginnt, nach zuweilen vorausgehenden leichten catarrhalischen Symptomen (Schnupfen, Bronchitis) mit Mattigkeit und Schwäche in den Beinen. Gleichzeitig bemerken die Patienten eine geringe Herabsetzung der Hautsensibilität. Die genannten Erscheinungen nehmen allmählich zu. Ausserdem tritt ein mässiges Oedem der Unterschenkel ein. Meist klagen die Kranken über Herzklopfen und ein Oppressionsgefühl auf der Brust. Nach Wochen oder Monaten tritt Heilung ein. Zuweilen geht die Krankheit auch in einen ziemlich stabil bleibenden, chronischen Zustand über.

Die atrophische Form der Kakke beginnt ebenfalls mit Schwäche in den Beinen. Die Parese derselben erreicht einen so hohen Grad, dass das Gehen unmöglich wird und die Patienten ans Bett gefesselt sind. Zuweilen entwickelt sich die Lähmung sehr rasch, in wenigen Stunden oder Tagen. Nach den Beinen werden auch die Arme gelähmt. In seltenen Fällen treten sogar Lähmungen des Gesichts, der Zunge, des Schlundes und des Kehlkopfes auf. Die Sensibilitätsstörungen sind ziem-

Digitized by Google

lich hochgradig, doch wird die Anästhesie nie vollständig. Oedeme fehlen. Die gelähmten Theile magern allmählich bis aufs Aeusserste ab. Spontane Schmerzen, sowie grosse Schmerz-Hyperästhesie bei den leisesten Berührungen der gelähmten Theile machen den Zustand für die Patienten äusserst qualvoll. Heilung kann auch in diesen Fällen nach 1—2jährigem Verlauf noch eintreten. In andern Fällen aber erfolgt der Tod unter den Erscheinungen allgemeiner Erschöpfung oder durch secundäre Complicationen.

Die hydropische resp. hydropisch-atrophische Form der Kakke zeichnet sich dadurch aus, dass ausser den bisher erwähnten Symptomen allgemeine Oedeme über den ganzen Körper sich ausbreiten. Die Lähmungen treten bei dieser Form oft gegenüber den Oedemen in den Hintergrund.

Die vierte Form endlich bezeichnet S. als die acute perniciöse Form der Kakke. Lähmungen und Oedeme stellen sich rasch ein, ihre Intensität ist in den einzelnen Fällen aber sehr wechselnd. In den Vordergrund der klinischen Erscheinungen treten Herzklopfen, Athemnoth, Cyanose, Pulsschwäche, unter welchen Erscheinungen die Kranken nach einigen Wochen, höchstens Monaten zu Grunde gehen.

Von der genaueren Besprechung der einzelnen Symptome heben wir das auf die Symptome von Seiten des Nervensystems Bezügliche näher hervor. Am constantesten sind Störungen der Motilität. Dieselben kommen von den leichtesten Graden bis zu vollständiger Lähmung aller Extremitäten vor. Die Lähmungen sind nicht immer ganz symmetrisch auf beide Körperhälften vertheilt. Auch hemiplegische Formen kommen in einzelnen Fällen vor. Nur ausnahmsweise pflanzt sich die Lähmung auf einzelne Gehirnnerven fort (besonders N. facialis, glossopharyngeus, vagus und hypoglossus). Ataxie kommt nicht vor. Dagegen beobachtete S. mehrere Mal Schwanken bei geschlossenen Augen, wahrscheinlich in Folge der Anästhesie an den Fusssohlen etc. Nicht selten sind Muskelspannungen an der Beugeseite der unteren Extremitäten. Auch Contractur der Wadenmuskeln kommt vor. Tonische Muskelkrämpfe, namentlich schmerzhafte Wadenkrämpfe sind nichts Seltenes. Auch fibrilläre Muskelzuckungen sieht man häufig.

Die faradische Erregbarkeit der Nerven und Muskeln sinkt rasch und erlischt schliesslich vollständig. Auch die galvanische Erregbarkeit sowohl der Nerven, wie der Muskeln ist fast stets herabgesetzt, in allen schwereren Fällen theilweise ganz erloschen. Erhöhte Erregbarkeit und Umkehr der Zuckungsformel bei der galvanischen Reizung der Muskeln hat S. nicht constatiren können.

Unter den Störungen der Sensibilität sind Anästhesien am constantesten. Jedoch kommt es niemals zur vollständigen Aufhebung des Gefühls. Die „Hyperästhesie" beginnt gewöhnlich symmetrisch an circumscripten Stellen der Unterschenkel oder Füsse. Im weiteren Verlaufe breitet sich die Sensibilitätsstörung rasch aus und greift auf den Rumpf, die oberen Extremitäten etc. über. Die Intensität der Sensibilitätsstörung unterliegt zeitweisen, nicht ganz unbeträchtlichen Schwankungen. Am stärksten herabgesetzt waren gewöhnlich der Tast-, Ort- und Drucksinn, während die Schmerz- und Temperaturempfindungen meist ziemlich normal blieben. Störungen der Muskelsensibilität wurden nicht beobachtet. Parästhesien sind sehr häufig. Die Kranken haben ein Gefühl von Spannung, von Taubheit, Eingeschlafensein, Stechen, Brennen, Beissen etc. Bei nasskalter Witterung steigern sich diese abnormen Sensationen. Schmerzen kommen ebenfalls vor, aber seltener, als die oben genannten Parästhesien. Die Nerven, namentlich aber die Muskeln zeigen dagegen auf Druck eine bedeutende Schmerzhaftigkeit.

Was das Verhalten der Reflexe anbetrifft, so ist vor Allem das Fehlen der Patellarreflexe in allen hochgradigeren Fällen hervorzuheben. Auch von der Achillessehne aus konnten niemals Reflexe hervorgerufen werden. Die Hautreflexe sind dagegen normal, ja sogar zuweilen lebhaft gesteigert.

Vasomotorische Störungen fehlen bei der Kakke.

Digitized by Google

Die Atrophie der Muskeln ist stets an den unteren Extremitäten am hochgradigsten, namentlich an den Waden. In geringerem Maasse magern die Muskeln an den oberen Extremitäten ab. Die Kranken verlieren oft $^1/_5$ ihres Körpergewichts und mehr. Die atrophischen Muskeln fühlen sich schlaff und weich, manchmal fast wie Watte an. Zuweilen aber scheimt an den Wadenmuskeln eine Induration vorzukommen. In hochgradigen Fällen zeigt sich öfters auch eine Atrophie der Haut. Sonstige trophische Störungen kommen nur ausnahmsweise vor. Vereinzelte Fälle von Decubitus, einmal eine monarticuläre Gelenkentzündung wurden beobachtet.

Gehirnsymptome und Störungen der Sinnesfunctionen spielen keine Rolle. —

In Bezug auf alle übrigen Symptome der Krankheit müssen wir uns hier kurz fassen. Erwähnt seien noch das häufige starke Herzklopfen, die Pulsbeschleunigung, das Auftreten accidenteller Geräusche am Herzen, die Kurzathmigkeit, das Gefühl von Druck und Völle in der Magengegend und endlich die häufigen Oedeme und hydropischen Ansammlungen in den serösen Höhlen.

Was nun das Wesen und den eigentlichen Sitz der Krankheit anlangt, so wird jeder Neurologe darin S. beistimmen, dass die Nervensymptome in ihrer Gesammtheit mit Bestimmtheit entweder auf eine Affection der peripheren Nerven oder der grauen Substanz in den Vorderhörnern (Poliomyelitis) hinweisen. Anatomische Untersuchungen hat S. bis jetzt erst in geringer Zahl anstellen können, doch konnte er schon jetzt an verschiedenen peripheren Nerven Kerninfiltration, Vermehrung des Bindegewebes und Atrophie der Nervenfasern nachweisen. S. ist am meisten geneigt, die Kakke mit den von Leyden, Eisenlohr, Joffroy u. A. veröffentlichten Fällen von multipler Neuritis zu vergleichen. Der Kakke liegt seiner Meinung nach eine multiple, subacut verlaufende Neuritis zu Grunde, welche durch ein specifisches Gift hervorgerufen wird. Will man einen besonderen Namen für die Krankheit haben, so wäre vielleicht die Bezeichnung „Neuritis multiplex subacuta endemica" am passendsten. Prof. Bälz in Tokio, welcher die Scheube'sche Ansicht von der Kakke theilt, hat als Namen für dieselbe „Panneuritis endemica" vorgeschlagen.

Die Kak-ke und Beri-Beri sind identische Krankheiten. Strümpell.

---

14) Ueber die Thrombose der Basilar-Arterie. Von E. Leyden. (Zeitschrift für klinische Medicin. Bd. V. Heft 2. S. 165.)

L. beschreibt zwei Fälle von Thrombose der Basilar-Arterie mit klinischem und pathologisch-anatomischem Befund.

In dem ersten Fall handelte es sich um einen 58jährigen Mann, welcher vor 18 Jahren eine syphilitische Infection acquirirt hatte. Seit einem Jahr litt er an heftigen Kopfschmerzen. Am 10. Februar, nach einer vorhergehenden Verschlimmerung der Kopfschmerzen, trat eine linksseitige Lähmung von Hand und Fuss und 8 Tage später Doppeltsehen ein. Die Sprache war etwas erschwert, das Schlingen normal. Nach dem Gebrauch von Jodkalium besserte sich die Lähmung, während die Kopfschmerzen fortbestanden. Am 9. März trat von Neuem plötzlicher Schwindel mit nachfolgender Bewusstlosigkeit auf. Die Respiration wurde unregelmässig (Cheyne-Stokes'sches Athmen), das Schlucken ganz unmöglich. Am 12. März erfolgte der Tod. Die Autopsie ergab Verdickung der Dura, namentlich derbe gummöse Auflagerungen an der Dura der hinteren Schädelgrube. Art. basilaris zum grössten Theil vollständig thrombosirt, von einer weisslichen, geschichteten Masse ausgefüllt. Im Pons mehrere Erweichungsherde.

Der zweite Fall betraf einen 28jährigen Commis, welcher seit einem Jahr syphilitisch war. Nach vorhergehenden Kopfschmerzen und Erbrechen trat ziemlich plötzlich am 11. Juni eine Lähmung der rechten Seite ein. Bei der Untersuchung,

Digitized by Google

einige Tage später, fand sich vollständige Ptosis des linken Augenlids, fast völlige Unbeweglichkeit des linken Auges, Strabismus internus des rechten Auges, rechtsseitige Hemiplegie und Lähmung des linken Arms. Zungenbewegungen, Sprache und Schlingen in mässigem Grade erschwert. Trotz sofort eingeleiteter Schmierkur trat am 27. Juni unter zunehmender Bewusstseinsstörung der Tod ein. — Die Autopsie ergab hochgradige Heubner'sche Endarteriitis an den Gefässen der Gehirnbasis. Der linke Ast der Art. basilaris, die Art. cerebri post. linkerseits ist vollkommen verschlossen, ebenso der dahinterliegende Ast der Art. post. Der rechte Ast der Art. basilaris ist stark verengt. Im Crus cerebri dextr., dicht oberhalb der Ponsgrenze, nach rückwärts in die Substanz des Pons hineingreifend, fand sich ein kleiner Erweichungsherd. Die übrige Substanz des Gehirns und der Brücke normal.

Im Anschluss an diese Fälle bespricht L. die wichtigsten in Betracht kommenden Momente bei den Erkrankungen der Basilar-Arterie. Die Affection ist entweder Theilerscheinung einer allgemeinen Arteriosclerose oder beruht auf Syphilis. Embolie der Basilararterie ist sehr selten und kann nur indirekt von einer Vertebralarterie her zu Stande kommen. Die Symptome der Thrombose der Basilar-Arterie sind theils localer, theils allgemeiner Natur. Erstere, von den Herderkrankungen im Pons und Oblongata abhängig, bestehen in Lähmungen, unter welcher namentlich die Form der „Hemiplegia alternans" characteristisch ist, d. h. Hemiplegie der Extremitäten mit gekreuzter Lähmung des Facialis oder der Augenmuskeln. Wiederholt beobachtet ist, dass die anfängliche Lähmung der einen Körperhälfte nach einigen Tagen auf die andere Seite überspringt. Bekannt sei ferner die für alle Pons-Affectionen characteristischen Sprach- und Schlingstörungen. Die allgemeinen Hirnsymptome, Kopfschmerzen, Somnolenz, Bewusstseinsstörungen etc. müssen auf den in Folge des Verschlusses der Basilar-Arterie eintretenden allgemeinen Circulationsstörungen beruhen. In einem Fall wurde sogar Stauungspapille beobachtet.

Zum Schluss theilt L. noch einige Beispiele von syphilitischen Pons- und Bulbäraffectionen mit, welche durch eine antiluetische Behandlung wesentlich gebessert wurden. Strümpell.

---

15) Sclérose des cordons postérieurs et des cordons latéraux, coëxistant chez le même malade par F. Reymond. (Arch. de phys. normale et pathologique, II. sér. 1882. No. 7. p. 457.)

Der Fall reiht sich früheren Beobachtungen von Prévost (Arch. de phys. 1877) und Anderen an, an welchen eine „combinirte Systemerkrankung", resp. eine gleichzeitige Sclerose der Seiten- und Hinterstränge bestand. Von besonderem Interesse ist die Symptomatologie, insofern bei der 78jährigen Kranken (Näherin), die von der Seitenstrangaffection herrührenden Symptome durchaus in den Vordergrund treten: Contractionen, Muskelspannungen (ungleich entwickelt) an sämmtlichen vier Extremitäten, starke Steigerung der Haut- und Sehnenreflexe. Die Entwickelung der Contraction erfolgte langsam, successive von einem Gliede zum andern fortschreitend; Sensibilitätsstörungen, Blasenstörungen, Sehstörungen u. s. w. bestanden nicht — kurz, man hätte die Krankheit bis zuletzt für einen Fall von typischer Tabes spasmodica ansehen können. (Uebrigens waren doch „rheumatische" Schmerzen, anfangs in den unteren, später in den oberen Gliedmaassen vorausgegangen). Der Tod erfolgte asphyktisch. Das Rückenmark zeigte makroskopisch anscheinend keine Veränderung; auf frischen Schnitten und hier und da etwas graue Verfärbung. Am erhärteten Mark zeigte sich dagegen die erkrankte Region in ziemlicher Ausdehnung, die Vorderhörner, Seiten- und Hinterstränge umfassend, übrigens im ganzen Rückenmark unsymmetrisch vertheilt, mit überwiegender Betheiligung der linken Rückenmarkshälfte. In der oberen Dorsalregion und besonders in der Cervicalregion oberhalb der Halsanschwellung beschränkte sich die Sclerose der Hinterhörner genau auf die inneren

Digitized by Google

Keilstränge; die äusseren sind fast ganz intact; abwärts, in der unteren Dorsalzone, verhielt es sich dagegen gerade umgekehrt. Die Seitenstrangsclerose war in den oberen Rückenmarksabschnitten am stärksten entwickelt, während sie nach der Lumbalanschwellung zu an Intensität und Ausdehnung immer mehr abnahm. Dieser Verbreitung entsprach auch das Befallensein der Vorderhörner (ebenfalls wesentlich in der Cervicalschwellung und Dorsalgegend). Histologisch trugen die Veränderungen den gewöhnlichen Charakter der Sclerose. In den Spinalganglien Atrophie und Pigmentdegeneration. Peripherische Nerven völlig unverändert.

A. Eulenburg.

---

16) De l'hystérie précoce von L. Greffier. (Arch. gén. de méd., 1882 Octobre. p. 405.)

G. stellt sich die Frage, ob die Hysterie schon vor der Entwickelungszeit der Frau vorkomme und ob diese frühzeitige Hysterie in ihren Erscheinungen und ihrem Verlaufe gewisse Besonderheiten darbiete. Die erste Frage beantwortet er auf Grund einer der Literatur entnommenen Casuistik von 23 Fällen dahin, dass die Hysterie vor der Menstruation und der Pubertät vorkommen könne; die meisten Fälle beziehen sich auf Mädchen im Alter von 8—15 Jahren. (Die deutsche Literatur, die Mittheilungen von Schmidt, Funke, Henoch u. A. sind dabei nicht berücksichtigt.) — Die „vorzeitige" Hysterie kann in convulsivischer und nicht-convulsivischer Form auftreten; beides ist etwa gleich häufig. Bei der letzteren zeigen die Kinder, ausser erblicher Anlage, meist einen gewissen übereinstimmenden Habitus; sie sind von lebhafter Intelligenz und Phantasie, coquett, lügenhaft, zu Uebertreibungen geneigt äusserst eindrucksfähig, ohne Ausdruck, wandelbar in ihren Stimmungen und Beziehungen. Von psychischen Störungen sind Hallucinationen (besonders des Gesichts und Gehörs), Alpempfindungen u. s. w. hervorzuheben; von Sensibilitätsstörungen die Hyperästhesie (Kopfschmerz, Onanie, Pleuralgie, Enteralgie, seltener Rachialgie), während Anästhesien fast niemals complet und total sind; Hemianästhesie oder zerstreute anästhetische Plaques, Aufhebung der Reflexe. Motilitätsstörungen sind im Ganzen selten (nur 4 Fälle: Contracturen, spastische Paraplegie, Hysterio-Epilepsie); Verdauungsstörungen (perverser Appetit und Geschmack, Erbrechen, Constipation) sehr gewöhnlich; einmal vorübergehende Deglutitionsstörung durch Krampf der Pharynx-Muskeln; auch unstillbares Erbrechen, Hämatemesis mit Gastralgie können vorkommen und an eine schwere organische Magenerkrankung denken lassen. Von Circulations- und Respirationsstörungen, Herzklopfen (viermal), Atrophie, Husten, Singultus (zweimal); auch Gähnkrampf, convulsivisches Lachen, Globus, letzterer anfallsweise mit Weinkrampf und abundanter Urinsecretion (2 Fälle).

Die convulsivische Form tritt mit Anfällen auf, welche denselben Charakter haben, wie die der Erwachsenen; man kann auch hier die Hysteria minor, die typische Hystero-Epilepsie, hysterische Catalepsie, Lethargie, Somnambulismus u. s. w. unterscheiden. Die hysteroepileptischen Anfälle zeigen die bekannten (von Charcot charakterisirten) Stadien: epileptische Periode, Clonismus, Periode der passionellen Attituden (hier seltener und inconstanter als bei Erwachsenen), Delirien. — Was den Gang und die Prognose der Krankheit betrifft, so werden aus den hysterischen Kindern, soweit man es verfolgen kann, erwiesenermaassen hysterische Erwachsene; das gilt sowohl für die convulsivische, wie für die nicht-convulsivische Form. Die frühzeitige Erkennung ist jedoch wichtig; denn vielleicht gelingt es zuweilen, der Krankheit bei ihrem Debut Einhalt zu thun.

A. Eulenburg.

Digitized by Google

17) Contracture of a single muscle from spinal injury: relieved after six years — Epilepsy from cicatrices. — Softening and breaking dorn of internal capsule and lenticular body, probably from embolus. Philadelphia hospital, Service of H. C. Wood, reported by J. P. Tuttle. (Philadelphia med. times. June 17. 1882.)

1) 28jähriger Groom stürzt vom Pferde und wird verletzt durch einen Stein in der Gegend des sechsten und siebenten Halswirbels. Völlige Paraplegie von den Schultern abwärts. Incontinentia urinae. Heilung im Lauf von zwei Jahren. Es blieb nur eine Contractur des Flexor digitor profundus zurück, die ihn verhinderte, die Hand ganz auszustrecken. Fast völlige Heilung durch Gymnastik, faradischen Strom etc.

2) 50jähriger Kutscher stürzt vom Wagen, bricht das rechte Bein, mehrere tiefe Wunden der Galea in der rechten Parietal- und Occipitalgegend. Vorübergehende Bewusstlosigkeit (zwei Tage) und Parese des rechten Arms und Beins (fünf Wochen). Abnahme der Sprache und des Gedächtniss. Nach mehreren Jahren Auftritt von epileptischen Convulsionen, ein oder mehrere Male monatlich, während eines vierwöchentlichen Spitalaufenthalts zweimal. Subcutane Trennung der adhärenten Schädelnarben. In den folgenden sieben Wochen kein Anfall, dann plötzlicher Tod im Bade, ohne Krampfanfall. Keine Autopsie. Der dritte in der Ueberschrift erwähnte Fall bietet nichts besonderes. Smidt.

---

18) A case of choreic nervous disease, with rotation of the body and cataleptoid symptoms by J. H. Lloyd. (Philadelphia med. times. June 17. 1882.)

Ein achtjähriger Knabe (Grossvater durch Selbstmord gestorben, Mutter leidet an Tuberculose) hatte vor zwei Jahren vier Krampfanfälle, seit vierzehn Tagen täglich zwölf bis zwanzig. Alle waren gleichartig: Der Kopf wird nach rechts aufwärts rotirt, ebenso die Augen mit starker Mydriasis, darauf Rotation des ganzen Körpers nach rechts. Letztere kann leicht verhindert werden, tritt aber beim Loslassen des Pat. sofort wieder ein. Die Arme können in jede beliebige Position gebracht werden und bleiben darin in cataleptischer Starre während des Anfalls. Pat. will das Bewusstsein während des Anfalls nicht verlieren. Symptome schwerer Gehirnstörung nicht vorhanden. Durch Angst vor einer Operation (Circumcision des adhärenten Präputium) verschwinden die Anfälle fast völlig. Verf. glaubt die Krankheit als Chorea major bezeichnen zu können (?). Smidt.

---

19) Two cases of ventricular hydrocephalus: one due to pressure of the sinuses by a tumor in the cerebellum, the other to thrombosis of Galen's vein by D. Newman. (Glasgow med. Journal. 1882. Sept.)

Verf. berichtet über 2 Fälle von Hydrocephalus internus chronicus. Im ersten war die Ursache in einem die Venen comprimirenden Kleinhirntumor tuberculöser Natur zu suchen. Hier mischen sich denn auch Tumorensymptome in das Krankheitsbild. Fünfjähriger Knabe, seit circa drei bis vier Monaten mit Schlafsucht, Kopfschmerz, Erbrechen, Schwindel und Constipation erkrankt, zeigt später allgemeine Muskelschwäche, besonders links, spastische Contractur der Nackenmuskeln, Beugecontractur der Extremitäten, später Abnahme der geistigen Fähigkeiten, Amaurose mit Pupillendilatation. Hauthyperästhesie, Cries hydrocéphaliques, ein Krampfanfall, Blaseneruption an mehreren Körperparthien. Die Autopsie ergab bedeutenden Hydr. int. (circa 600 ccm Flüssigkeit in den Ventrikeln) mit den bekannten Folgeerscheinungen, einen die umliegenden Venen comprimirenden, anscheinend tuberculösen Tumor

Digitized by Google

der linken Kleinhirnhälfte und allgemeine Tuberculose. Im zweiten Fall trat drei Monate a. m. Schwindel, Somnolenz bei Tage, unruhiger Schlaf Nachts, sechs Tage a. m. zuerst linksseitige Hemiplegie, dann Paraplegie, Coma, leichter Strabismus convergens mit dilatirten Pupillen ein. Autopsie ergab leichte Klappenvegetationen auf der Mitralis, in den grossen Arterien hie und da Atherom, adhärenter Thrombus der Vena Galeni bei ihrer Mündung in den Sinus sagittalis inferior und rectus. Sonst keine Thromben. In den Lateralventrikeln circa 135 ccm Flüssigkeit, deren Analyse gegeben wird (994,99 Wasser, 0,91 Albumin, 0,26 Fett, 0,41 Alcoholextract, 0,60 andere organische Substanzen, zumeist Alcapton, 2,83 organische Salze, also im Ganzen 5,01 pro mille feste Substanzen). Smidt.

---

20) On fractures of the skull, restricted to the inner table by John A. Lidell. (American Journal of the med. sciences. 1882. April.)

Verf. berichtet über die Fracturen der Lamina vitrea ohne Bruch der Lamina externa. Er stellt 36 Fälle zusammen (die meisten aus den chirurgischen Berichten des amerikanischen Bürgerkrieges), von denen sieben genasen, sechs durch Trepanation, einer durch Auslösung des necrotischen Schädeltheiles. Die Diagnose wird aus den Folgekrankheiten gestellt, Bluterguss aus durch Splitter angespiessten Gefässen, Meningitis, Hirnabscess. In zwei mitgetheilten Fällen von subduralen Hämorrhagieen hatten die Patienten das Bewusstsein nach der Verletzung wieder erlangt, verloren es jedoch einige Stunden später unter rasch wachsenden Drucksymptomen wieder. Entzündliche Veränderungen treten selbstverständlich erst mehrere Tage nach dem Trauma auf. Nach Stromeyer soll die Schädelpercussion über der fracturirten Stelle höheren Schall geben. Therapeutisch empfiehlt Verf. gemäss den oben mitgetheilten Resultaten unbedingt die Trepanation, wenn eine antiphlogistische Behandlung erfolglos bleibt. Smidt.

Psychiatrie.

21) De la Dipsomanie par Ball. (L'Encéphale. 1882. No. 3. p. 385.)

Die periodische, „anfallsweise" Trunksucht ist eine Neurose, welche entweder in Folge hereditärer Anlage spontan oder auch in Folge verschiedener Ursachen gelegentlich entsteht. Sie ist charakterisirt durch freie Intervalle, in denen der Dipsomane völlig nüchtern, verständig und intelligent ist. Die Dipsomanen sind daher von Haus aus keine gewöhnlichen Alcoholiker, sie können aber im Laufe der Zeit solche werden.

Durch zwei Beispiele wird eine lebendige Schilderung der Krankheit gegeben. Der erste Fall ist interessant auch dadurch, dass die Kranken in den Zwischenräumen der Trunksucht Anfälle von Melancholie mit Selbstmordtrieb darbot. — Es folgt eine kurze Literaturübersicht.

Klinisch zeigen sich die Dipsomanen („Quartalsäufer") meist von excentrischem Charakter, oft deutlich geistig gestört. Die Intelligenz braucht nicht zu leiden unter den Anfällen (wie bei allen periodischen Psychosen bekanntlich nicht. Ref.). Die Anfälle erscheinen mit einem Gefühl des Unbehagens, der Unruhe, der Angst, der Depression. Daher hält sie Magnan für eine Art Melancholie. Diese Ansicht bekämpft B. und würde sie lieber „Monomanie de l'ivresse" nennen. [Die Beschreibung, welche B. von den Anfällen giebt, ist nur geeignet, Magnan's Anschauung zu bestätigen. Die Dipsomanie ist eine Form der periodischen Melancholie. Ref.] Im Anfall wird das triebartige Bedürfniss nach Alcohol auf alle denkbare Weise befriedigt: der Eine

Digitized by Google

trinkt seiner Mutter das kölnische Wasser aus, der Andere den Spiritus von der Lampe, ein Dritter lässt sich beim Herannahen des Anfalls in ein Asyl aufnehmen, besticht aber hier die Dienstboten, ein Vierter giebt seiner Haushälterin den Kellerschlüssel, lässt sich aber im Anfall einen Nachschlüssel machen u. s. f. Die Einen sind dabei von cynischer Offenheit, ihnen ist kein Mittel, sich Geld zu verschaffen, keine Kneipe und keine Gesellschaft zu schlecht, die Andern umgeben sich und ihr Thun mit allerlei Heimlichkeit. Statt des Alcohols nehmen Andere Aether oder Chloroform [auch das spricht für periodische Melancholie, nicht für alcoholistische Specialform]. Als Complication findet man oft Geschlechtsaufregung, besonders bei Frauen, sodann Neigung zum Stehlen und zum Mord, auch Selbstmord. — Ausser der Heredität werden als Ursachen genannt: Puerperium und andere Zustände der Frauen, abundante Blutungen, Sonnenstich, Ueberanstrengung, Excesse, heftige psychische Affecte. Nach Esquirol sind periodische Psychosen oft mit Dipsomanie complicirt; die Dementia paralytica beginnt bisweilen damit.

Die Prognose ist schlecht, die einzige Therapie die Isolirung.

Siemens.

---

22) Des guérisons tardives chez les aliénés par Rousseau. (L'Encéphale. 1882. No. 3. p. 446.)

Mit Bezug auf das Ehescheidungsgesetz ist es wichtig, bei einem grösseren Material zu ermitteln, nach welcher Zeit noch Genesungen von Geisteskrankheit erfolgen. R. macht eine Zusammenstellung der Resultate von zwei grösseren Anstalten, den Asylen von Auxerre und Dôle, welche die Jahre 1819 bis jetzt, resp. bis 1865 umfasst. Von den 6223 Aufgenommenen in beiden Anstalten genasen 1433. Von diesen Genesungen erfolgten im 1. Jahre 874, im 2. 373, im 3. 83, im 4. 34, im 5. 23, im 6. 15, im 7. 6, im 8. 11 u. s. f., im 19. noch bei 2, im 25. bei 1 Kr. Diese angeblichen verspäteten Heilungen unterzieht R. einer Kritik und findet nach dem 7. Jahre nur 2 einigermaassen sichere Fälle. Mehr oder weniger sind diese „Genesenen" alle schwachsinnig. Der Blödsinn lässt die Wahnideen zurücktreten und die Kranken passen sich wieder dem gewöhnlichen Leben an. 7 Jahre würde also die äusserste Grenze darstellen, doch kommen seltene Ausnahmen von der Regel vor. Luys, der bekanntlich für Paris 4 Jahre für Männer und 5 Jahre für Frauen angenommen hatte, erklärt jetzt in einer Note zu vorstehendem Artikel, dass er die 4 resp. 5 Jahre erst gerechnet wissen wolle von dem Moment an, wo die Chronicität resp. die beginnende Demenz constatirt sei, nicht aber vom Beginn der Krankheit überhaupt an. — Auf diese Weise kommt gleichfalls eine Gesammtdauer von circa 7 Jahren heraus.

Siemens.

Therapie.

23) Ozonisirte Luft,[1] ein schlafmachendes Gas von C. Binz, Bonn. (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 43.)

Seine früheren Mittheilungen in Nr. 1 und 2 der klin. Wochenschr. 1882 ergänzend theilt B. weitere Versuche an Menschen mit. Die Versuchspersonen liess er meistens sitzen, während die das Ozon zuführende Röhre 10—40 cm Abstand vom Munde hatte.

In 43 Versuchen an 12 Personen war der Erfolg 6mal ganz negativ, während 33mal Schlaf oder Halbschlaf, 4mal nur Zuckungen in der Gesichtsmusculatur und abnorme Wärmeempfindung (beides central bedingt) eintraten.

---

[1] Cf. dieses Centralbl. S. 46.

Digitized by Google

Der immer nur wenige Minuten dauernde Schlaf stellte sich nach 6—12 und mehr Minuten fortgesetzter Inhalation ein. Die Wirkung ist offenbar subjectiv sehr verschieden, sie steht ferner im umgekehrten Verhältniss zu der Empfindlichkeit der Luftwege gegen das Ozon.

B. meint, „dass, wie Chlor, Brom und Jod, so auch der seine Affinitäten frei machende Sauerstoff des Ozons, frei aber in mässigster Menge an die Zellen der Gehirnrinde herankommend oder an ihnen sich entwickelnd, Störung oder vorübergehenden Stillstand ihrer specifischen Function bedinge."

In Bezug auf die therapeutische Verwerthung äussert sich Verf. sehr vorsichtig; vielleicht lasse sich die ozonisirte Luft in gewissen Fällen von Asthma anwenden, weil es die Athmung freier und leichter mache.

Hadlich.

---

24) Ueber die hypnotisirende und anästhesirende Wirkung der Acetale von Dr. von Mering, Strassburg. (Berl. klin. Wochenschr. 1882. Nr. 43.)

Verf. hat sehr interessante Versuche mit Acetalen, speciell mit dem Diäthylacetal, auch schlechthin Acetal oder Aethylidendiäthyläther genannt, gemacht, welche eine wichtige Bereicherung unseres Arzneischatzes in Aussicht stellen.

Bei Fröschen bewirkt eine Dosis von 0,05 nach wenigen Minuten Lähmung und Bewusstlosigkeit, darnach Erlöschen der Reflexthätigkeit; erst nach 2 Stunden allmählich völlige Erholung.

Kaninchen wurden von 2—4 grm narkotisirt, bei geringeren Gaben nur schläfrig. Ein mittelgrosser Hund verfiel von 10 grm nach 8 Minuten in tiefen Schlaf mit Abschwächung aller Reflexe; dabei gute Respiration, sehr guter Puls und starke Verengerung der Pupillen. — Bei letalen Dosen wird die Respiration sehr langsam, flach, aussetzend, bis sie still steht und der Tod eintritt. Das Herz wird erst später und geringer influenzirt.

Versuche an Menschen hat v. M. bisher 8 angestellt: in 6 Fällen erfolgte nach 10—12 Gramm mehrstündiger Schlaf; bei 2 Personen, die an heftigen Schmerzen litten, trat nach 8 Gramm zwar kein Schlaf, aber erhebliche Schmerzlinderung ein. Neben- und Nachwirkungen wurden nicht beobachtet, bis auf eine vorübergehende starke Congestion nach dem Kopfe in einem Falle.

Die Wirkung ist nach v. M. beträchtlich schwächer, als die des Chlorals. Aber das Acetal wirkt — hierin wesentlich anders als die chlorirten Anästhetica der Fettreihe — nur sehr unbedeutend auf das Herz. „Die Wirkung am Thier erstreckt sich zuerst auf das Grosshirn; dann wird das Rückenmark und die Medulla oblongata afficirt. Alsdann sistirt die Athmung, und das Herz ist das Ultimum moriens."

Zur Darreichung beim Menschen empfiehlt v. M. 12 grm Acetal mit 15 grm Gummi arab. und 25 Gramm Aq. Flor. Aur. zu mischen und dann beliebig verdünnt per os oder per anum zu appliciren.

Er hat das Präparat von C. A. F. Kahlbaum in Berlin bezogen (100 Gramm zu 6 Mark).

Das Dimethylacetal empfiehlt v. M. dringend als Narcoticum zur Inhalation, und zwar zu 2 Theilen mit 1 Theil Chloroform gemischt, mit welchem es fast genau den gleichen Siedepunkt hat. Es wird dadurch die Wirkung des Chloroform auf das Herz sehr abgeschwächt.

Hadlich.

---

25) Dr. Savage (Brit. med. Journ. 1882. Nov. 4.) konnte 4 Fälle von **Migraine,** die ihn selbst, seine Mutter, Schwester und seinen Lehrer betrafen, auf Hypermetropie und Astigmatismus zurückführen und durch passende, corrigirende Gläser resp.

Digitized by Google

Atropininstillationen heilen. Er meint, die Ueberanstrengung der Augen würde eine Zeit lang ertragen, führe dann aber periodisch zu nervösen Affectionen (durch Krampf der Ciliarmuskeln?). . Smidt.

---

26) Curare bei Lyssa von Oks.[1] (Wratsch. 1882. Nr. 32.)

Das Curare wurde in Dosen von 0,03, pro die 0,15 gm angewandt. Pat. starb. Das Curare wirkt nur symptomatisch gegen den Glottiskrampf. M.

---

27) Note sur l'action des courants continus étudiée au double point de vue physiologique et pathologique par A. Estorc. (Arch. de Neurologie. Vol. IV. Septembre 1882. No. 11.)

I. Die bekannte physiologische Thatsache, dass das durch die Galvanometerausschläge bei Verwendung derselben Elementenzahl gemessene Leitungsvermögen des menschlichen Körpers für die gleichen Applicationsstellen bei verschiedenen Personen nicht bloss, sondern auch bei denselben zu verschiedenen Zeiten sehr bedeutende Differenzen darbietet, hätte Verf. bei einiger Literaturkenntniss, insbesondere der Untersuchungen von Erb (1873) durch neue Versuche festzustellen, sich füglich ersparen können.

II. In pathologischer Beziehung hat Verf. ebenfalls durch Galvanometermessungen die Angabe Vigouroux's (1879) über Vermehrung des Leitungswiderstandes der kranken Körperhälfte bei hysterischer Hemianästhesie von fünf untersuchten Fällen viermal bestätigen können. Einmal war nach dem Transfert der Hemianästhesie auch die relative Verstärkung des Leitungswiderstandes geändert, einmal war mit der Verwandlung einer ursprünglichen Hemianästhesie in eine Hemihyperästhesie der zuerst relativ vermehrte Widerstand nachher vermindert. Nur in einem Falle sehr wenig ausgebildeter Hemianästhesie war das Leitungsvermögen beiderseits gleich.

E. Remak.

Forensische Psychiatrie.

28) Folie et Divorce par Luys. (L'Encéphale. 1882. No. 3.)

Auf eine Replik Blanche's antwortet L. in weiterer Vertheidigung seiner Ansicht (L'Encéphale. No. 2.) und sagt, dass die späten Genesungen Blanche's weder klinisch und literarisch festgestellt, noch überhaupt als wirkliche Genesungen anzusehen sind. Ein gewisser Grad von Schwachsinn, Excentricität und Bizarrerie haftet Allen an. Darüber waren sich schon die alten Psychiater (Esquirol, Calmeil, Bayle) einig. Siemens.

Anstaltswesen.

29) Siebenter Verwaltungsbericht der Provinzial-Irrren-Heil- und Pflege-Anstalt Rittergut Altscherbitz über die Zeit vom 1. April 1881 bis 31. März 1882, erstattet vom Director Dr. Pätz.

Der vorliegende Bericht zeigt die erfreuliche Weiterentwickelung der Anstalt, nach deren Muster in Russland (bei Twer) und in Bayern (bei Wasserburg) ähnliche Anstalten errichtet werden sollen.

Der Krankenbestand ist von 315 auf 354 (206 männliche und 148 weibliche) im Berichtsjahre gestiegen.

---

[1] Cf. dieses Centralbl. S. 64.

Digitized by Google

Von den neu aufgenommenen 57 männlichen und 54 weiblichen Kranken waren 22 resp. 24 noch nicht ein Jahr, die übrigen über ein Jahr und von diesen 27 resp. 24 über zwei Jahre geisteskrank.

Selbstmord oder andere Unglücksfälle sind nicht vorgekommen. Beschäftigt wurden 85—90 % der Anstaltsbevölkerung, und zwar in sämmtlichen Zweigen landwirthschaftlicher Thätigkeit, selbst bei dem Betriebe landwirthschaftlicher Maschinen, in der Brennerei als Kesselheizer, Schlosser, den Reinigungsarbeiten, nur den technischen Betrieb leitet ein gesunder Brennmeister. In der Ziegelei leisten die Kranken die verschiedensten Hülfsarbeiten, nur den eigentlichen Fabrikationsbetrieb bewirkt ein Ziegelmeister mit gesunden Tagelöhnern.

Der Kranke III. Classe kostet Mark 576,31 pro annno an Generalkosten, Beköstigung (Mark 255,31) und Bekleidung.

Von therapeutischem Interesse ist ein Fall von Hystero-Epilepsie, der nach mehrjährigem Bestehen und nachdem die gewöhnlichen Antiepileptica erfolglos angewendet worden, durch Anwendung von Butylchloral geheilt wurde. M.

III. Aus den Gesellschaften.

Aus der Société de Biologie. Sitzung vom 28. Oct. 1882. (Compt. rend. hebdom. Nr. 35.)

Dupuys sah bei Meerschweinchen, denen er den Halssympathicus durchschnitt, Atrophie der entsprechenden Hemisphäre. Von einem so operirten Thiere wurde ein Junges geboren, das eine Atrophie einer Hirnhemisphäre und der Schädelknochen derselben Seite zeigte; die andern Jungen desselben Wurfs hatten normale Gehirne. D. glaubt nicht an einen Zufall, da er seit 12 Jahren eine grosse Zahl derartiger Thiere gesehen und nie etwas Aehnliches beobachtet hat. M.

Aus den Sitzungen der medicinischen Gesellschaft zu Berlin vom 1., 8. und 15. November 1882.

Jacusiel berichtet über 2 Fälle von Encephalitis interstitialis diffusa infantum mit consecutiver Keratitis ulcerosa duplex.

Wilhelm S., geboren den 6. Februar 1875 erkrankte am 22. Juli 1875 an Brechdurchfall. Mittelkräftiges Kind, Temperatur normal, collabirtes Gesicht. Erbrechen und Durchfall hören am 23. Juli auf. Pat. nimmt regelmässig Nahrung zu sich und verdaut sie gut. Am 24. Juli früh beginnende Xerosis conjunctivarum, um 6 Uhr nachmittags Nekrosirung beider Corneae im subpupillaren Gebiet, mangelnde Sensibilität des Integum. commune, wie der Lippen und Nasenschleimhaut, seltene Zuckungen der obern Extremitäten. Am 26. Juli frequenter Puls, erhöhte Temperatur, Röthung der Wangen, Cornea linkerseits perforirt. In der Nacht zum 27. Juli Exitus letalis. Weder waren belastende Momente aus der Heredität, noch aus dem Genius epidemicus abzuleiten. Section wurde nicht gestattet.

Knabe G. am 23. Mai 1882 angeblich part. praem. im 8. Fötalmonat geboren, kräftig gebaut, gut genährt, erkrankt am 22. September 1882. Am 24. September vorgestellt. Temperatur normal, Brust- und Baucheingeweide gesund, collabirtes Gesicht, extreme Trägheit der mehr als mittelgrossen Pupillen. Nahrungsaufnahme durch Flaschen und Defäcation bis zum 27. September normal, Am 27. September leichtes Thränen der Augen, Injection einiger Gefässchen der Conjunctivae. Am 1. October Keratitis ulcerosa dextra, am 2. October Keratitis sinistra subpupillar, erhöhte Temperatur, subfinale Pneumonie zwischen dem Scapulae beiderseits der Wirbelsäule. $^3/_{10}$ Exitus letalis. Section: Enorme Injection der weissen Substanz im

Digitized by Google

Grosshirn, reichliche Vermehrung und Vergrösserung der Glia-Zellen; keine Körnchenzellen. An allen vier Augen war der zerstörte Bezirk der Cornea genau der nämliche, unter dem Pupillenrand beginnend, worauf die Zerstörung am tiefsten griff — (einem Innervationsbezirk entsprechend?). Belastende Momente der Heredität, des Genius epid. fehlen.

Im Anschluss an diese Fälle bekämpft der Vortragende die Ansicht von Jastrowitz, dass der geschilderte und an Präparaten demonstrirte Befund im Hirn ein normaler sei und meint, dass es sich, wie Virchow nachgewiesen, um einen bestimmten pathologischen Process handele.

Hirschberg kommt aus seiner klinischen Beobachtung an etwa 60—70 Fällen zu erheblichen Bedenken dagegen, dass die Keratitis maligna ein Symptom der supponirten Encephalitis sei.

Jastrowitz ist durch neuere Untersuchungen, die er den ersten veröffentlichten 80 Fällen hinzugefügt, nur in seiner ersten Annahme, dass die von Virchow beschriebene Encephalitis interstitialis der Kinder etwas Physiologisches sei, bestärkt worden, und hält auch die von dem Vortragenden producirten Präparate für physiologisch. Er hat bei Thieren, Hunden u. s. w., die gleiche anatomische Beschaffenheit gefunden, die sich durch den in jenem Alter noch nicht abgeschlossenen Ausbildungsprocess im Grosshirn erklärt.

Henoch glaubt nicht, dass die supponirte Encephalitis bestimmte klinische Erscheinungen mache. Die Trübung und der Durchbruch der Cornea kommt bei den verschiedensten Processen im Kindesalter vor. (Erschöpfungszustände, Cholera, Typhus u. s. w.) Schöler möchte mit Rücksicht auf den zu Grunde liegenden Process die Keratitis nicht paralytica, sondern xerotica nennen. Mendel hält die vorgelegten Präparate für pathalogisch, einmal wegen der bestehenden Hyperämie, die die feinsten Kapillaren strotzend gefüllt und wegen der erheblichen Vermehrung der Kerne. Die Präparate von physiologischen Hirnen Neugeborener sehen an entsprechenden Stellen ganz anders aus. Die vorgelegten Präparate erinnern an die Befunde bei acut verlaufender progressiver Paralyse, bei der doch über das Vorhandensein einer Encephalitis interstitialis mit Rücksicht auf deren weitere Entwickelung kein Zweifel obwalten kann. Ob die beobachtete Keratitis Folge der Encephalitis oder beide Processe Folge einer gemeinsamen Ursache sind, muss er dahin gestellt sein lassen.

Friedländer steht auf dem Standpunkte von Jastrowitz und hält die vorgelegten Präparate für in der Breite des Physiologischen stehend.

Baginsky hat bei Hunden encephalitische Processe beobachtet; aber nur in einem Theil der Fälle und zwar nur bei denen, die schon vor der Operation an anderweitigen Störungen gelitten und sehr heruntergekommen waren, trat Eiterung der Hornhaut mit Durchbruch ein, die Folge des in die Hornhaut gelangten Schmutzes war.

Im Schlussworte suchte der Vortragende die gemachten Einwände zu entkräften, indem er gleichzeitig bemerkte, dass Virchow seine Präparate gesehen, und sie für pathologisch als Ausdruck einer Encephalitis interstitialis erachte.

Aus der Sitzung der Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenkrankheiten zu Berlin am 13. November 1882.

Bernhardt berichtet über drei Fälle von ausgesprochener Tabes, in denen sich anfallsweise Zustände von Bewusstlosigkeit mit nachfolgender Aphasie und vorübergehende Hemiplegien einstellten. (Ueber die interessanten Fälle selbst wird später ausführlich referirtwerden). Er erinnerte dabei an ähnliche Beobachtungen in Frankreich von Vulpian[1] und Debove, während solche Fälle in Deutschland nicht beobachtet resp. nicht veröffentlicht zu sein scheinen. Die Fälle pathologisch-anatomisch zu deuten,

[1] Cf. dieses Centralbl. S. 280.

Digitized by Google

ist im Augenblick nicht möglich. Mendel glaubt, dass auch von Leyden und Erb auf solche Fälle aufmerksam gemacht worden sei. Er selbst hat wiederholt in der Anamnese von solchen Paralytikern, bei denen sich lange vor dem Ausbruch der Gehirnkrankheit die Tabes allein bestand, Angaben über ähnliche Anfälle gefunden.

Westphal hat eine Anzahl ähnlicher Fälle beobachtet. Die von dem Vortragenden hervorgehobenen Symptome kommen häufig in einem frühen Stadium der Tabes vor. Er ist gewohnt, auch in seinen Vorlesungen darauf aufmerksam zu machen. In einem Fall, der viele Jahre hindurch Gegenstand der Beobachtung in der Nervenklinik war und in dem vorübergehend halbseitige Lähmungen auftraten, ergab die Section ausser der Degeneration der Hinterstränge und beider Optici keinen Hirnbefund.

Smidt berichtet über einen Fall von Jodoformvergiftung. Eine 67jährige, hereditär und bisher psychisch nicht belastete Frau erkrankte im Juli d. J. nachdem sie mehrere Monate ein grosses Fussgeschwür mit Jodoform bestreut hatte an den bekannten Symptomen einer mittelschweren Jodvergiftung (ängstliche Hallucinationen, Verwirrtheit etc.) Trotzdem, dass Jodoform Anfang August ausgesetzt wurde, bestehen noch immer eigenthümliche Hallucinationen, Urtheilstäuschungen und Demenz. Die Hallucinationen, Rufen des Namens, weisse Köpfe auf den Betten, weisse Gestalten und mannichfache Bilder vor den Fenstern, die meist ohne Zusammenhang mit den Wahnideen sind und die Pat. gar nicht affiziren, erinnern sehr an andere Intoxicationshallucinationen. Der Vortragende betont dann die Aehnlichkeit der Delirien in den schwereren Intoxicationsformen mit den Alcoholdelirien und hält den Alcoholismus für die der Jodoformintoxication ähnliche Vergiftungsform.

In der Debatte betont Steinauer die Aehnlichkeit der Bromvergiftung mit der Jodoformintoxication. Hirschberg sah bei einem jungen Mädchen eine Jodoformamblyopie, die ganz analog der Alcoholamblyopie verlief. Westphal glaubt die Existenz einer Jodoformpsychose als sicher annehmen zu müssen, macht aber auf die auffallende Thatsache aufmerksam, dass in der Langenbeck'schen Klinik trotz intensiven Jodoformgebrauchs nie eine Intoxication beobachtet sei.

IV. Bibliographie.

Anatomische Untersuchung eines mikrocephalen Knaben von Max Flesch. (Festschrift zur Feier des 300jährigen Bestehens der Julius-Maximilians-Universität zu Würzburg. Sep.-Abdr.)

Der Knabe Franz Becker stammt aus der bekannten Familie B. aus Offenbach a. M., welche, ausser zwei normal entwickelten Kindern erster Ehe, aus der zweiten Ehe drei verstorbene und vier lebende Mikrocephalen, ausser Franz, aufweist. Helene B. ist von Bischoff beschrieben.

Franz B., 9 Jahre alt, ist 5502 Gramm schwer, hat 44 cm Steisscheitellänge; alle Gliedmaassen contracturirt; der kleine Kopf stark unsymmetrisch (links kleiner); die Stirn kielartig abgeflacht.

Das Gehirn, sehr stark hydrencephalisch ausgedehnt, zeigt nur in den vorderen Hemisphärentheilen deutliche Furchen und Windungen; die Markmasse ist nur vorn mässig gut entwickelt (bis 18 mm Dicke); nach hinten zu wird die Hemisphärenblase dünner (bis 4 mm Dicke). Die Furchen, soweit sie vorhanden, sind sehr abweichend von der Norm.

Trabs nach Dicke und Breite sehr reducirt, doch war die quere Streifung der Balkenstrahlung noch deutlich erkennbar. Zwischen Trabs und Fornix bestand eine weite Communication zwischen beiden Seitenventrikeln, deren 3 Hörner in einem einzigen weiten Raum aufgegangen waren. Kein deutliches Cornu ammonis.

Digitized by Google

Kleinhirn, von den dilatirten Hemisphären gänzlich bedeckt, relativ gross; Pons schmal, gering entwickelt; Olivae gross und prominent, Pyramiden auffallend schmal, eine Pyramidenkreuzung nicht wahrzunehmen.

Im vordern Theile der Grosshirnrinde gut entwickelte Ganglienzellen, in der vordern Centralwindung selbst Riesenpyramiden; weiter nach hinten nur rudimentäre Zellenformen.

Eine genaue mikroskopische Untersuchung stellt Verf. noch in Aussicht.

Die Pia, sonst zart, zeigt im Gebiete der grossen Querspalte, über den Vierhügeln, schwielige Verdickungen. Die Plexus chor. later. sind mächtig entwickelt.

Das Rückenmark bietet im Ganzen das der amyotrophischen Lateralsclerose eigenthümliche Bild. Auffallend war die starke Ausbildung der Seitenhörner.

Am Schädel alle Nähte, auch die Hinterhaupt-Keilbeinnaht, gut erhalten.

Von sonstigen Befunden des in allen Theilen genau untersuchten Körpers seien hier nur noch die an den Augen erwähnt: es fand sich keine Macula lutea; am linken Auge Retina-Faltungen, deren eine die Pupille halbmondförmig überdeckte.

Am Knochengerüst deutliche osteomalacische Erkrankung.

Verf. constatirt, dass bei der Erklärung des Gehirnbefundes zweierlei zu unterscheiden ist: die ursprüngliche Bildungshemmung und später hinzugekommene Störungen (Hydrencephalie). Indem er sich im Allgemeinen für die pathologische Natur der Microcephalie ausspricht, will Verf. seiner Missbildung „doch auch nicht alle und jede Bedeutung unter den Belegen für die Verwandtschaft des Menschen mit anderen Arten der Thierreiche abstreiten", wozu ihn mehrere „entschieden thierähnliche Formationen" am Gehirn und anderen Körpertheilen veranlassen. Hadlich.

The spinal nerves by A. H. P. Leuf, M. D. (Brooklyn 1882. T. B. O'Connor.)

Verf., der am Long Island College Hospital die Anatomie des Nervensystems liest, beschreibt auf 52 Seiten in prägnanter Kürze die sämmtlichen Rückenmarksnerven in Ursprung und Verlauf. Die beigefügten Tafeln sind besonders für den Unterricht in sehr practischer Weise ausgeführt. M.

V. Personalien.

In Berlin verstarb Dr. v. Gellhorn, Director der Provinzial-Irren-Anstalt zu Ueckermünde im besten Mannesalter. Eine Reihe von Arbeiten, besonders nach therapeutischer Richtung hin (Chloral, Morphium), wurden von demselben in der Zeitschrift für Psychiatrie veröffentlicht.

Der Mitarbeiter an dieser Zeitschrift, Herr Dr. Rumpf, hat sich an der Universität Bonn für innere Medicin habilitirt, und wird noch in diesem Semester dort Vorlesungen über Nervenkrankheiten und Electrotherapie beginnen.

Druckfehlerberichtigung:

Seite 524 Zeile 28 und 22 statt „Hydrati" lies „Hydratis".

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

NEUROLOGISCHES CENTRALBLATT.

Ubersicht der Leistungen auf dem Gebiete der Anatomie, Physiologie, Pathologie und Therapie des Nervensystemes einschliesslich der Geisteskrankheiten.

Herausgegeben von

Dr. E. Mendel,

Privatdocent an der Universität Berlin.

Erster Jahrgang.

Monatlich erscheinen zwei Nummern. Preis des Jahrganges 12 Mark. Zu beziehen durch alle Buchhandlungen des In- und Auslandes, die Postanstalten des Deutschen Reichs, sowie direct von der Verlagsbuchhandlung.

1882. 15. December. No. 24.

Inhalt. **I. Originalmittheilungen.** Ein Fall von tuberculöser Geschwulstbildung im Pons und in der Aderhaut beider Augen von **Hirschberg.**

II. Referate. Experimentelle Physiologie. 1. Dell' influenza del sistema nervoso sull' irrigidimento cadaverico del **Tamassia.** — Pathologische Anatomie. 2. Ueber multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks von **Ribbert.** — Pathologie des Nervensystems. 3. On the so-called family or hereditary form of locomotor ataxia by **Hammond.** 4. Ataxie héréditaire, maladie de Friedreich, sclérose diffuse de la moëlle et du bulbe par **Féré.** 5. Alcoholic anaesthesia by **Mason.** 6. Ein Fall von multipler Encephalomalacie von **Schulthess-Rechberg.** 7. Contribution a l'étude du sommeil pathologique par **Ballet.** 8. Note sur un cas de paralysie infantile par **Duplaix.** 9. Localised convulsions from tumor of the brain by **Hughlings-Jackson.** — Psychiatrie. 10. De l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale par **Rousseau.** 11. Paralysie générale par **Foville.** 12. Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux par **Taguet.** 13. Du délire des négations par **Cotard.** 14. Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles par **Charcot** et **Magnan.** 15. Further observations on chronic morphinism by **Obersteiner.** — Therapie. 16. Zur Behandlung der Hysterie von **Friedreich.** 17. Traitement de la curabilité de la péricérébrite par **Brunet.** — Anstaltswesen. 18. Restraint and seclusion in American Institutions for Insane by **Bannister** and **Moyer.**

III. Aus den Gesellschaften.

IV. Literatur.

Register zum Jahrgang 1882.

I. Originalmittheilungen.

Ein Fall von tuberculöser Geschwulstbildung im Pons und in der Aderhaut beider Augen.

Von Prof. Dr. **J. Hirschberg** in Berlin.

Am 21. Juni 1882 wurde vom Herrn Collegen San.-R. Dr. EHRENHAUS ein 3jähriger Knabe, Ernst A., in die Poliklinik gesendet, dessen Habitus und eigenthümliche Augenbewegungen sofort die Diagnose einer Neubildung, wahrscheinlich tuberculöser Natur, in der Gegend des Pons an die Hand gaben.

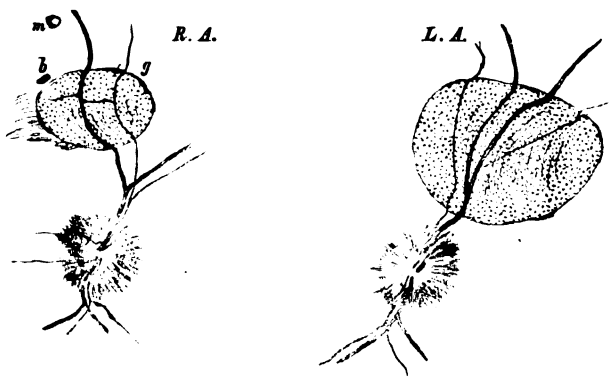
Anamnese. Eltern anscheinend gesund; von ihren beiden andern Kindern ist eines an Hirn-, eines an Rippenfell-Entzündung verstorben. Der kleine Ernst ist seit 3 Monaten leidend.

Status praesens. Intelligenz normal, ja ungewöhnlich entwickelt für das Alter des Patienten. Derselbe klagt lediglich über Kopfschmerz. Sehkraft befriedigend. Urin frei von Zucker und Eiweiss.

Digitized by Google

An Rumpf und Gliedern ist eine Beweglichkeitsstörung nicht nachweisbar, wohl aber an den Augen. Es besteht eine deutliche Parese des linken Abducens und des rechten Internus, eine sehr geringe des linken Internus: während nach oben und nach unten die Bulbi völlig ungestört sich bewegen können. Aus WERNICKE's anatomischer Untersuchung einschlägiger pathologischer Fälle (vgl. Arch. f. Psych. 1877 und Ctrlbl. f. A. 1877, S. 189) folgt, dass in der unteren Brückenregion ein Centrum für die Seitwärtsbewegungen der Augen besteht; dasselbe ist doppelseitig: das linke Centrum beherrscht die Seitwärtsbewegung beider Augen nach links, das rechte die nach rechts; sie liegen in der Gegend der Abducenskerne. Aus GUDDEN's Versuchen am Kaninchen (Ctrlbl. f. A. 1881, S. 528) geht hervor, dass die Oculomotorii sich partiell, die Trochleares total, die Abducenten gar nicht kreuzen. Wenn man diese Sätze zur Begründung der Diagnose anwendet, so war im vorliegenden Fall eine palpable Störung des linken Seitwärtsbewegungscentrums und eine beginnende des rechten anzunehmen. Die Vermuthung, dass der in diesem Lebensalter gewöhnlichere Fall einer tuberculösen Neubildung vorliege, welche schon durch die Anamnese einigermaassen gestützt werden konnte, wurde in geradezu eclatanter Weise bestätigt durch das Ergebniss der ophthalmoskopischen Untersuchung. (Vgl. die halbschematische Skizze, Fig. 1. Aufr. Netzhautbild: *R. A.* des rechten, *L. A.* des linken Auges.)

Fig. 1.



Beiderseits besteht Stauungspapille von der klassischen Form, wie wir sie bei Hirngeschwülsten vorfinden: die Substanz des Sehnerven ist stark geröthet, und nicht getrübt, aber umgeben von einem über 1 mm breiten, stärker hervorragenden, helleren, mehr grauröthlichen Wall, der die kolossal erweiterten Venen partiell verdeckt und sie nöthigt, an seiner äusseren gefranzten Grenze mittelst hakenförmiger Umbiegung in die Netzhaut herabzusteigen. Rechts liegt oberhalb der Papille ein ungewöhnlich grosser, milchweisser, sehr stark hervorragender, retrovasculärer Knoten mit partiellen grauen Hof (*g*) und einer ganz umschriebenen Blutung (*b*); noch weiter nach oben ein kleiner, scharf umschriebener weisslicher Herd (*m*) mit schwarzem Rande.

Der Knoten oberhalb der linken Papille ist noch grösser, sonst ähnlich.

Digitized by Google

Pupillen mittelweit, auf Licht reagirend. Aeusserlich sichtbare Veränderungen der Augäpfel selber fehlen vollständig.

Es wurde eine passende Diät verordnet und Syr. ferr. jod. verschrieben.

Am 24. Juni 1882 ist der Kopfschmerz im Zunehmen begriffen, das Kind mürrisch und etwas schläfrig. Rechts ist der grosse Knoten stärker und steiler prominent, links sind in der weisslichen Masse der Neubildung intensive weisse, rundliche Flecke, sowohl inmitten wie auch am Rande, zu bemerken.

Am 30. Juni 1882 stehen die Sehachsen nahezu parallel oder leicht divergent, und können gar nicht gehörig nach links, noch ziemlich gut nach rechts gewendet werden. Bei stärkerer Rechtswendung beider Augen bleibt der linke Internus bald zurück, der rechte Abducens geräth in zuckende Bewegung. Es ist also schon beginnende Parese des rechten Abducens nachweisbar.

Die Sehnervenschwellung ist eher stärker, grauröthlich. Die Prominenz des rechten Knotens ist stärker, rein weiss; auch der linke springt mehr kuglig in's Augeninnere vor. Zwischen dem Knoten und dem Sehnerveneintritt sind beiderseits einige helle flache Flecke sichtbar geworden. Der Knabe fängt an zu hinken, das rechte Bein ist schwächer: in Uebereinstimmung mit unserer Annahme, dass die Neubildung mehr in der linken Hälfte der Brücke entwickelt sei.

Mitte August verreiste ich und habe den Knaben nicht wieder gesehen. Ueber den Endausgang verdanke ich Herrn Collegen Tunkel die Notiz, dass ein quälender Auswurf und Husten eingetreten und am 3. Oct. der tödtliche Ausgang erfolgt sei. Die Section war leider nicht gemacht worden. Trotzdem halte ich eine kurze Mittheilung der klinischen Erscheinungen dieses seltenen Falles für angezeigt.

Verschiedene erfahrene Fachgenossen, die den Kranken zufällig bei mir sahen, waren mit mir einig, einen gleichen noch nicht beobachtet zu haben.

Bouchut's Befund von dem Zusammenvorkommen der doppelseitigen Neuritis optica und 1—2 einsamen Aderhauttuberkeln, welcher wegen der fragmentarischen Beschreibung des ophthalmoskopischen wie des anatomischen Verhaltens nur wenig Credit gewonnen, habe ich nicht zum ersten Male in dem vorliegenden Fall zu bestätigen Gelegenheit gefunden. Disseminirte Aderhauttuberkel können ja auch weit grösser werden, als man nach dem gewöhnlichen Augenspiegelbefunde anzunehmen geneigt ist. Aber dieser Fall ist ein ausnahmsweiser. Er nimmt die Mitte ein zwischen dem gewöhnlichen Fall der miliaren Aderhauttuberkel, ohne Sehstörung und ohne äusserliche Veränderung des Augapfels, und der tuberculösen Aderhautentzündung, die mit Erblindung des befallenen Augapfels und heftiger Entzündung (Chemosis) desselben einhergeht und ophthalmoskopisch unter dem Bilde einer mächtigen Neubildung im Augengrunde sich manifestirt. (Ctrlbl. f. Augenheilk. 1877. S. 17.)

Sodann sind die Störungen der seitlichen Augenbewegungen, die in diesem Fall auf das genaueste festgestellt werden konnten, von hohem diagnostischen Interesse.

Digitized by Google

II. Referate.

Experimentelle Physiologie.

1) Dell' influenza del sistema nervoso sull' irrigidimento cadaverico del prof. Arrigo Tamassia. (Rivista sperim. di med. legale. 1882. F. I, II. p. 1.)

Nachdem von Neuem die Unabhängigkeit der Leichenstarre von einer Durchschneidung der zuführenden Nerven und der Medulla, vor und nach dem Tode, dargelegt ist, wird untersucht, ob nicht weitere bisher unbekannte Factoren zum Erscheinen dieses Phänomens mitwirken. Es fand sich, dass die verschiedenen Arten der Versuchsthiere ein beschleunigtes Auftreten der Todtenstarre aufwiesen, wenn durch Abhebung der Haut der atmosphärischen Luft ein rascheres Einwirken auf die Muskeln gestattet wurde, und dass die Wirkung durch Verkleinerung der Muskelmasse (in die einzelnen Bündel) unterstützt wurde. — Die in dem sogenannten Nysten'schen Gesetz ausgesprochene Reihenfolge im Auftreten der Todtenstarre in den einzelnen Gliedmaassen wird durch die verschiedene Muskelmasse der einzelnen Glieder und durch die verschiedene Dicke der Haut erklärt.

Es wird noch bemerkt, dass die Todtenstarre am häufigsten nach plötzlich tödtenden Hämorrhagien eintrete und dann eine doppelte bis dreifache Dauer gegenüber dem gewöhnlichen Verhalten aufweise. Jehn.

Pathologische Anatomie.

2) Ueber multiple Sclerose des Gehirns und Rückenmarks von Dr. Hugo Ribbert. (Virch. Arch. XC, 2 S. 243—260 u. Taf. IV.)

Zwei Fälle die, der eine nach $^1/_4$jährigem, der andere nach $3^1/_2$jährigem Bestand des Leidens, zur Section kamen, boten dem Verf. Gelegenheit, den sclerosirenden Process vom ersten Beginn bis zu den abschliessenden Vorgängen in allen einzelnen Stadien zu studiren. Die nebeneinander bestehenden Heerde waren von sehr verschiedenem Alter; die weicheren grauröthlichen kleinen sind als die jüngeren, die derben grauen grösseren als die älteren aufzufassen. Alle Heerde beschränkten sich auf die weisse Substanz, die im Rückenmark waren durchgehends die ältesten; häufig trifft man in der Peripherie des Heerdes alle jene Processe des vorhergehenden Stadiums. — Das Primäre und Wesentlichste sind die Veränderungen in der Neuroglia. Die Kerne derselben erhalten eine reiche Zone Protoplasma, vergrössern und vermehren sich, so dass grosse Zellen entstehen, von denen das Faserwerk der Glia ausstrahlt. Letzteres ist derartig gelockert und nimmt so an Menge zu, dass die Interstitien immer breiter, die Räume für die Nervenfasern entsprechend enger werden, gleichzeitig die einzelnen Fibrillen leicht zu isoliren und auf weite Strecken zu verfolgen sind. Im weiteren Verlauf schreitet die Umbildung der Neuroglia zu einem faserigen Bindegewebe fort, bis das Lückensystem der Nerven verschwunden und ein gleichmässiges Netzwerk an seine Stelle getreten ist; das Protoplasma jener grossen Zellen geht wieder in die Faserbildung auf, während die Kerne bleiben. Die Axencylinder bleiben lange bestehn, auch wenn das Mark schon geschwunden ist. In den ersten Stadien finden sich im Gewebe, besonders in der Umgebung der Gefässe, zahlreiche weisse Blutkörperchen, während die Gefässwand histologisch intact befunden wird. Sodann treten Körnchenzellen auf, die Verf. als weisse Blutzellen auffasst, welche die aus dem Zerfall der nervösen Elemente entstehenden Fettkörnchen aufnehmen und zu den Lymphscheiden der Gefässe führen. Damit stimme es überein, dass man die Körnchenzellen in älteren Herden nicht mehr im Innern der Neuroglia, sondern nur noch in den Gefässscheiden finde. (Ref. kam zu einer ähnlichen

Digitized by Google

Anschauung bei seinen Untersuchungen über die Ergotin-Tabes cf. Arch. f. Psych. XIII, p. 133 u. ff.). Verf. hält mit den meisten Autoren die Veränderungen bei der multiplen Sclerose für entzündlicher Natur. Ausser dem oben mitgetheilten Befund spricht der für die häufige Durchbohrung eines Herdes durch ein erweitertes Gefäss. Einigemal gelang es dem Verf. theilweise Verstopfung des Lumens einer Arterie durch einen nur aus weissen Blutkörperchen bestehenden Pfropf zu finden.

Tuczek.

Pathologie des Nervensystems.

3) **On the so-called family or hereditary form of locomotor ataxia** by W. A. Hammond. (The Journ. of nerv. and mental disease. Vol. IX. 1882. July. No. 3. p. 485.)

H. giebt eine kurze Darstellung der Friedreich'schen Fälle der von ihm sogenannten hereditären Ataxie mit der Angabe, dass, soweit ihm bekannt, alle Autoren Friedreich's Anschauungen kritiklos acceptirt haben. [Dass dem nicht so, beweist eine Bemerkung Leyden's (Klinik d. Rückenmarkskrankheiten. II. 2. S. 370); hätte ferner H. nicht die ihm gewiss zugängliche Arbeit Kahler's und des Refer. über combinirte Systemerkrankungen (Arch. f. Psych. VIII. S. 251) übersehen, so wäre er nicht zu obigem und manchem andern Schlusse gekommen. Anmerk. d. Ref.]

Auf Grund seiner Darstellung kommt H. zu dem Schlusse, dass Friedreich's Fälle nicht solche von Tabes dorsalis („locomotor ataxia") seien; die älteren mikroskopischen Untersuchungen der Fälle hält er für ungenügend, der neuere (Schultze'sche) Befund wird nur kurz und unvollständig erwähnt.

Daran schliesst H. die Mittheilung 10 eigener Fälle, von denen einzelne ihm von Andern mitgetheilte mit wenigen Zeilen abgethan werden.

I. 9jähr. Knabe, zu 4 Jahren fällt er oft, in 1 Jahre hochgradige Schwäche der Beine, denen im folgenden Jahre die Arme folgen; die Sprache wird gedehnt, stockend, langsame Zunahme der Erscheinungen. Status: Nahezu völlige Lähmung der Beine, welche schwächer aber nicht atrophisch waren; bei Bettlage sind die Bewegungen der Beine frei; Reflex von der Fusssohle normal, Sensibilität intact, Sphincteren frei, keine Ataxie der Arme (bei Augenschluss) Pupillen normal, ebenso die Sinnesfunctionen und die Intelligenz.

II. Der 11jähr. Bruder des Vorangehenden; seit 6 Mon. zunehmende Schwäche der Beine; keine Ataxie, Gang schwankend aber nicht wie bei Tabes; sehr langsamer Verlauf mit späterer Betheiligung der Arme und der Sprache. Keine Heredität.

III. 10jähr. Knabe, Beginn zu 6 J. Schwäche der Beine, später der Arme, der Rücken- und Halsmuskeln, nach 2 J. Sprachstörung. Status: Unmöglichkeit ohne Unterstützung zu gehen, das Stehen mit vorgebeugtem Körper noch möglich, hochgradige Parese der Arme, zeitweise Schlingbeschwerden, Sensibilität intact, Ernährung gut, Sphincteren, Pupillen frei, geistige Schwäche, häufiger Schwindel; Gang paretisch. Vor dem 4 J. später eingetretenen Tode traten öfters bis mehrere Stunden andauernde Spasmen und Contracturen der Beine auf, sowie Schmerzen im Kopf, in der Wirbelsäule und in den Gliedern.

IV. 8jähr. Bruder des vorigen; Beginn vor 1 J., Verlauf wie im vorigen Falle; Tod 7 J. später. Keine Heredität.

V. 30jähr. Mann, Beginn zu 3 J. Schwäche des linken Beines, später des rechten, nach 3—4 J. wurden die Arme sowie die Sprache ergriffen. Status (zu 16 J.): Schwankender Gang, Stehen bei Augenschluss möglich mit geringem Schwanken, Sensibilität, Sinnesfunctionen, Intelligenz intact, Pupillen frei, zeitweise etwas Nystagmus, Schwindel, Blase frei, zeitweise Stuhlverstopfung, keine Ataxie, Schwäche der Arme, besonders des linken; später Sprachstörung, Schmerzen, Gesichtsschwäche besonders

Digitized by Google

Abends, Stehen bei Augenschluss unmöglich, Fehlen des Kniephänomens; zuweilen Jucken in den Händen.

VI. 26jähr. Bruder des vorigen; Beginn zu 7 J., dieselben Erscheinungen wie der Bruder; Fehlen des Kniephänomens. Keine Heredität.

VII. Knabe, allgemeine Lähmung während der Dentition, sich steigernd bis zu dem im 5. Lebensjahre eintretenden Tode, Sprachstörung, Ernährung der Extremitäten gut, Sensibilität frei.

VIII. Bruder des vorigen; zunehmende Lähmung vom 6. Monate ab, Tod zu 3 J.

IX. Bruder der vorigen; dieselben Erscheinungen. Eine Schwester ist gesund.

X. 19jähr. Mädchen, zu 9 J. Schwäche der Beine, schwankender Gang, beides des Morgens stärker; allmähliche Zunahme, Schwäche der Arme, völliges Fehlen der Coordination derselben, zunehmende Geistesschwäche, Sprachstörung, Schmerzen unterhalb der Kniee.

XI. Bruder des Mädchens, dieselben Erscheinungen, Beginn zu 6 J.; keine Schmerzen.

XII. Bruder des vorigen, Beginn vor 12—15 Monaten; gleiche Erscheinungen; Grossmutter durch 20 J. paraplegisch; die 3 Kinder sind des Nachts unruhig, aus dem Schlafe schreiend; Gehen der beiden Knaben bei geschlossenen Augen möglich, Intelligenz, Sprache frei.

In der zusammenfassenden Charakteristik betont H. neuerdings die wesentliche Differenz gegenüber der Tabes dorsalis, sowie die Betheiligung beider Geschlechter. Er ist geneigt, die Med. oblong. als den primären Sitz der Affection anzusehen mit anschliessender Betheiligung des Cerebellum. Die nachgewiesene Betheiligung der Hinterstränge hält er für eine secundäre, für welche Anschauung er eine [unserer Ansicht nach durchaus unzutreffende. Ref.] Stütze in den bekannten Versuchen Westphal's über secundäre Degeneration finden will. Auch hält er die Hinterstränge nicht für den Hauptsitz der Spinalerkrankung, sondern erklärt den ganzen Querschnitt sammt den Rückenmarkshäuten für betheiligt (siehe dagegen den Fall Kahler-Pick).

A. Pick.

---

4) Ataxie héréditaire, maladie de Friedreich, sclérose diffuse de la moëlle et du bulbe par Féré. (Progr. méd. 1882. No. 45.)

Unter eingehender Berücksichtigung der Literatur unterzieht F. die hereditäre Ataxie, die er mit Brousse „Friedreich'sche Krankheit" nennen will, die classische Ataxie Duchenne's (Tabes) und die multiple Sclerose einer klinischen und anatomischen Analyse. Er kommt dabei zu dem Schluss, dass die Friedreich'sche Krankheit eine Mittelstellung zwischen den beiden anderen einnehme, der multiplen Sclerose aber näher stehe als der Tabes.

Tuczek.

---

5) Alcoholic anaesthesia by L. D. Mason. (The quarterly Journal of inebriety. Vol. IV. Nr. 4.)

Verf. unterscheidet zwei Formen von Anästhesien in Folge von Alcoholgenuss, eine acute, nach einmaligem, übermässigen Alcoholmissbrauch auftretende, die sich über den ganzen Körper erstreckt, nicht nur die Haut, sondern auch tiefere Gewebe desselben betrifft und mit der Ausscheidung des Giftes ihr Ende findet, und eine im Gefolge des chronischen Alcoholismus sich zeigende, die, auf bestimmte Körperzonen beschränkt, Wochen oder Monate lang andauert, sich aber nach längerer Abstinenz von Alcohol und unter geeigneter Behandlung verlieren kann. Von letzterer Art führt er ein Beispiel an, in Gestalt eines Falles von doppelseitiger Anästhesie der

Digitized by Google

Innenfläche beider Unterschenkel bei einem 46jährigen Potator, welche nach fünfwöchentlicher Behandlung mit dem electrischen Pinsel und Gaben von Zincum oxydatum in Genesung überging, und empfiehlt nach kurzer Erwähnung einiger ähnlicher Beobachtungen aus der Thatsache, dass nach grossen Dosen Alcohol Anästhesien auftreten, für die chirurgische Praxis Nutzen zu ziehen, indem man den Alcohol in gewissen Fällen als Substitut für Aether oder Chloroform verwenden solle.

Die in dieser Beziehung von amerikanischen Chirurgen gemachten Versuche sollen nach des Verf. Versicherung durchaus befriedigend ausgefallen sein.

Brückner.

---

6) Ein Fall von multipler Encephalomalacie. Aus der med. Klinik in Zürich mitgetheilt von Dr. von Schulthess-Rechberg. (Deutsches Archiv für klinische Medicin. Bd. XXXII. S. 35.)

Ein 68jähriger Schmied wurde im Herbst 1879 von plötzlichem Schwindel und einer Lähmung des rechten Arms befallen, welche nach einigen Monaten sich wieder vollständig zurückbildete. Am 7. Januar 1880 neuer apoplectischer Insult mit Parese des linken Arms und leichter Schwäche des linken Beins. Radialpuls rechts normal, links ausgesprochener p. tardus. Am 14. Januar dritter apoplectischer Insult: totale Lähmung des linken N. facialis, Parese des linken abducens, Nystagmus, rechtsseitige Hemianästhesie mit Einschluss des N. trigeminus und ebenfalls Anästhesie des linken Trigeminus, Herabsetzung des Gehörs und Ohrensausen auf dem linken Ohr, Hemianopsie beider rechten Hälften der Retinae, geringe Geruchsstörung auf dem linken Nasenloch. Später trat links eine neuroparalytische Ophthalmie ein und am 11. Februar erfolgte ziemlich plötzlich der Tod. Terminale Temperatursteigerung bis 42°0. Zu bemerken ist noch, dass die gelähmten Nerven und Muskeln im Gebiete des linken Facialis deutliche Entartungsreaction zeigten.

Die Section ergab 1) einen ältern kleinen Herd an der Grenze zwischen mittlerem und innerem Gliede des linken Linsenkerns. Da an der genannten Stelle Fasern verlaufen, welche zum Arm in Beziehung stehen sollen, so bezieht S. auf diesen Herd die vorübergehende Lähmung des rechten Arms nach dem ersten Anfall. 2) Herd im vorderen Theil der Capsula interna dextra, mitten in der Kapsel drinn, im Niveau des oberen und äusseren Streifenhügelrandes. Auf diesen Herd ist die Parese des linken Arms und Schwäche des linken Beins, sowie die Pulsanomalie der linken Seite nach dem zweiten Anfall zu beziehen. 3) Herd an der Spitze des rechten Occipitallappens mit Zerstörung der Rinde und der unterliegenden weissen Substanz. Dieser Herd hat die Anästhesie der rechten Hälften beider Retinae verursacht. 4) Herd im linken crus cerebelli ad pontem. Derselbe reicht bis zur Eintrittsstelle des Facialis und Acusticus, welche beiden Nerven vollständig zerstört sind. So erklärt sich die linksseitige Facialislähmung mit Entartungsreaction und die linksseitige Gehörstörung. Zugleich ist durch diesen Herd auch die aufsteigende grosse Wurzel des Trigeminus vernichtet, wodurch die Anästhesie im linken Trigeminus bedingt war. Dieser Umstand zeigt, dass die von unten kommende Trigeminuswurzel in Bezug auf die sensiblen Funktionen die maassgebende ist. Endlich ist noch zu erwähnen, dass mit dem Herde im crus cerebelli wahrscheinlich die im Leben beobachtete (oben noch nicht erwähnte) Zwangslage des Körpers zusammenhing. Pat. hielt den Kopf stets nach links geneigt, und lag beständig schief im Bett, Oberkörper und Kopf dem linken Bettrande, die Füsse dem rechten Bettrande genähert. 5) Oberflächenherd von Kirschengrösse im linken Gyrus angularis. Ueber die klinische Bedeutung dieses Herds lässt sich nichts Sicheres aussagen. Möglicherweise ist die rechtsseitige Hemianästhesie auf ihn zu beziehen.

Strümpell.

Digitized by Google

7) **Contribution a l'étude du sommeil pathologique (quelques cas de narcolepsie)** par Gilbert Ballet. (Revue de méd. Nov. 1882. p. 945.)

Verf. bezeichnet nach dem Vorgange von Gélineau mit dem Namen „Narcolepsie" einen Zustand, bei welchem die Kranken mitten am Tage bei ihrer gewöhnlichen Beschäftigung plötzlich von einer unüberwindlichen Müdigkeit befallen werden und tief einschlafen. Diese Anfälle von plötzlichem Einschlafen treten entwedec ohne jede äussere Veranlassung auf oder werden durch äussere Anlässe, namentlich durch psychische Emotionen (Schreck, Freude und dergl.) hervorgerufen. Verf. theilt vier neue, hierher gehörige Beobachtungen mit. In zwei Fällen waren die Anfälle das einzige Krankheitssymptom bei sonst ganz gesunden Menschen. Im dritten Falle handelte es sich um einen Diabetiker. Im vierten Falle war die Narcolepsie Theilerscheinung einer schweren Hysterie. Die Schlafanfälle wechselten mit Anfällen ausgebreiteter hysterischer Contractur ab.

Nach den bisher vorliegenden Beobachtungen kommt die Narcolepsie, welche meist ein Symptom, keine selbständige Neurose ist, unter folgenden Umständen vor: 1) Bei Kranken, bei welchen man an Circulationsstörungen im Gehirn denken kann, namentlich bei Kranken mit Herzfehlern. 2) Bei Kranken mit allgemeinen Ernährungsanomalien, namentlich bei Diabetes, allgemeine Fettsucht und dergl. 3) Bei allgemeinen functionellen Nervenstörungen, namentlich bei Hysterie. In einer kleinen Anzahl von Fällen lässt sich freilich ein besondeer Grund für die Narcolepsie nicht auffinden. (Die deutsche Literatur über diesen Gegenstand ist gar nicht berücksichtigt. Ref.) Strümpell.

---

8) **Note sur un cas de paralysie infantile** par J. B. Duplaix. (Revue de médecine. 1882. Novembre. p. 966.)

Bei einem 50jährigen Mann fand sich eine seit seiner Kindheit bestehende Lähmung beider Füsse. Dieselben standen in Valgo-Equinusstellung, Adduction und Flexion gegen den Unterschenkel waren unmöglich. Keine Contracturen, sondern vollständige Schlaffheit der Gelenke. Die oberen Extremitäten waren durchaus normal beweglich. — Pat. starb an profusen Mastdarmblutungen. Die Untersuchung des Rückenmarks ergab einen sehr beträchtlichen Schwund der Ganglienzellen in den Vorderhörnern des Lendenmarks. Vor Allem betroffen war die vordere und äussere Gruppe der Zellen. Die Substanz der Vorderhörner bestand aus einem fibrillären Gewebe mit zahlreichen Kernen. Die Gefässe erschienen vielfach erweitert, ihre Wandung verdickt. Körnchenzellen wurden bei der Untersuchnng des frischen Rückenmarks nicht gefunden. Die weisse Substanz war vollständig normal. Dagegen zeigten die vorderen Wurzeln hochgradige degenerative Atrophie, ebenso die zu den gelähmten Muskeln gehenden Nerven.

Ausser diesen hochgradigen Veränderungen im Lendenmark, fand sich auch im Cervicalmark, trotz der vollständig normalen Beweglichkeit der Arme, an einer Stelle eine deutliche, wenn auch geringere Affection der Vorderhörner und vorderen Wurzeln.
Strümpell.

---

9) **Localised convulsions from tumor of the brain** by J. Hughlings-Jackson. (Brain, 1882. October.)

Gliom des Fusses der 1. linken Stirnwindung und des entsprechenden Theiles der vordern Centralwindung. Seit 12 Jahren Krämpfe ausgehend vom rechten Bein später auch vom rechten Arm. Die Läsion ist zu umfangreich, die Symptome zu mannigfach, um für präcise Localisationsfragen verwerthet werden zu können.
Smidt.

Digitized by Google

Psychiatrie.

10) De l'aphasie dans ses rapports avec l'aliénation mentale par Rousseau. (Annal. méd.-psych. 1882. VIII. p. 389.)

Die Frage, ob eine Läsion des Hirns, welche Aphasie bedingte, gleichzeitig Geistesstörung hervorrufe, wird verneint. Vielmehr treten beide Erscheinungen selten verbunden auf; das Auftreten wechselt, je nachdem das eine oder andere Phänomen voraufging. Vielfach handle es sich um einfache Coincidenz; in andern Fällen sei ein wahrer Antagonismus anzunehmen.

Zuweilen lässt die „Aphasie verursachende" Läsion die Intelligenz ganz frei, schwächt sie aber in häufigeren Fällen ab. Bei Geisteskranken wird seltner Aphasie bemerkt, weil die klinische Aeusserung der Hirndestruction wegen der vielfachen Stumpfheit und Stummheit der Patienten gar nicht zur Aeusserung komme.

Die Arbeit scheint nur französische Literatur zu kennen. Jehn.

---

11) Paralysie générale par Foville. (Annal. méd.-psych. 1882. VIII. p. 409. Archives cliniques.)

Ein Fall von Geistesstörung begann mit Melancholie, die in anscheinende Genesung ausging. Nach einiger Zeit folgte ein Anfall, welcher die Diagnose zwischen congestiver Manie und Paralyse zweifelhaft liess, bis, trotz Fehlens aller motorischer Lähmungserscheinungen, das schliessliche Auftreten massenhafter epileptiformer Anfälle die Diagnose der Paralyse sicherte. Jehn.

---

12) Démence paralytique primitive avec simultanéité de délire mélancolique et de délire ambitieux par Taguet. (Annal. méd.-psych. 1882. VIII. p. 411. Archives cliniques.)

Der Taguet'sche Fall von Paralyse gehört zu denjenigen, in denen sich die Krankheit ohne initiale congestive oder epileptiforme Attaquen entwickelte. Es bestand dabei gleichzeitige melancholische Verstimmung mit hypochondrischen Aeusserungen und Vergiftungs-, sowie Verfolgungsideen, neben dem ausgesprochensten Grössenwahn. Die Prognose ist bei dieser Art Fälle um so schlechter, als es nicht zu Remissionen bei denselben kommt. Jehn.

---

13) Du délire des négations par Cotard. (Arch. de Neurologie. 1882. No. 11 et 12.)

Dem schönen Wort délire des négations zu Liebe werden verschiedene Krankheitsprozesse besprochen, bei welchen das Symptom der Verneinung vorkommt. Verf. kommt zu dem Resultat, dass der Wahn der Verneinung sich meist bei Melancholie mit oder ohne Hypochondrie vorfindet. Verf. unterscheidet, wie auch wir, eine Melancholie, welche die Ursache ihres Unglücks in sich selbst sucht, und eine andere, welche der Aussenwelt die Schuld beimisst. Daraus resultirt in dem ersten Fall die Selbstanklage, in dem andern Fall die Verfolgungsidee. Beide Formen gehen häufig in einander über. Was die Hypochondrie betrifft, so betont Verf. den Unterschied der Hypochondrie morale von der „gewöhnlichen" Hypochondrie, welche zu Verfolgungs- und Grössenwahn führt. [Bei uns ist diese Sache bekanntlich dadurch erledigt, dass wir die Hypochondrie als eigene Krankheit nicht kennen, sondern nur von Melancholie oder Verrücktheit mit vorwiegend hypochondrischer Färbung der Wahnideen sprechen.]

Ausser bei der Melancholie wird nach C. der Wahn der Verneinung noch beobachtet bei verschiedenen Psychosen, welche eine complicirte Natur zeigen, so bei hysterischer Seelenstörung und Paralyse. Der Wahn der Kleinheit ist verwandt mit

Digitized by Google

dem der Verneinung. — Die mitgetheilten Krankenbeobachtungen werden dem Vorstehenden gemäss in drei Categorien eingetheilt. Die Ersten zeigen den Wahn der Verneinung als Hauptsymptom: sie stellen Melancholiker mit und ohne hypochondrische Ideen dar, wie man sie zu Dutzenden in den Irrenanstalten sehen kann. Die zweite Categorie enthält eine Beobachtung, die eines Paralytikers, der in seiner deprimirten Stimmung alles verneinte. Die Fälle der dritten Categorie zeigen eine Complication von Melancholie und Verrücktheit auf der Basis der Hysterie. Zum Schlusse folgt noch eine differential-diagnostische Aufzählung der Symptome des Verfolgungswahns (Verrücktheit) einerseits und des Verneinungswahns (Melancholie) andrerseits. Dass bei der hypochondrischen Melancholie Grössenideen niemals auftreten, ist erwähnt, dagegen fehlt die Angabe über das Verhalten der Intelligenz im weiteren Verlauf.

Siemens.

14) Inversion du sens génital et autres perversions sexuelles par Charcot et Magnan. (Arch. de Neurol. 1882. No. 7 et 12.)

Die Verff. besprechen in der interessanten Abhandlung zunächst die sogenannte conträre Sexualempfindung an der Hand einer ausführlich geschilderten Beobachtung und mit eingehender Berücksichtigung besonders auch der deutschen Literatur. Sie betonen, dass diese Zustände nicht eine eigene Krankheitsart darstellen, sondern nur eine Episode einer tieferen Erkrankung, der Degeneration. Merkwürdig ist allerdings, dass in manchen Fällen kein Defect der Intelligenz nachgewiesen werden konnte. Auch die Verf. wünschen, dass in foro bei Fällen mit abnormem Sexualtrieb stets eine wissenschaftliche Untersuchung des Geisteszustandes der Angeklagten gemacht werde. — Es sind sämmtlich erblich belastete, mehr oder weniger defecte Menschen; manche zeigen noch andere perverse Triebe, z. B. zum Diebstahl, alle sind Onanisten, die meisten haben zu irgend einer Zeit convulsivische Anfälle. Bei Manchen besserte sich der Zustand dadurch, dass es gelang, ein normales Geschlechtsleben zu beginnen. Nicht immer ist die Form der Störung die, dass sich der perverse Trieb auf das gleiche Geschlecht richtet, wie im Fall I, sondern er kann auch Personen und Sachen des andern Geschlechts zum Vorwurf haben. So regte sich der Kranke in Fall II an den fesses von Frauen und Mädchen auf, ein anderer (Fall III) an den Nägeln von Frauenschuhen, No. IV an einer Nachtmütze, No. V an weissen Schürzen und so fort. — Der Vergleich mit der Dipsomanie scheint uns nicht sehr glücklich gewählt.

Siemens.

---

15) Further observations on chronic morphinism by H. Obersteiner. (Brain. 1882. October.)

Im Anschluss an einen Aufsatz im „Brain" vom Januar 1880 theilt Verf. drei neue Fälle von chronischem Morphinismus mit. Im ersten Falle, 25jähriger Mann mit hysterischen Krämpfen, zeitweiser hallucinatorischer ängstlicher Erregung erfolgt plötzlicher Tod unter den Zeichen von Herzschwäche, nachdem die heftigen Beschwerden der Entziehungscur schon überwunden zu sein schienen. Die psychische Degeneration in Folge des Morphiumgebrauchs war sehr deutlich. Fall 2 und 3 betrifft ein Ehepaar; der Mann, selbst Morphinist, hatte seine Frau zum Gebrauche der Drogue verleitet. Es zeigten sich bei beiden deutliche psychische Störungen; der Mann ist scheu, lügenhaft, hat absurde Liebhabereien, ist körperlich heruntergekommen, gracil; die robuste Frau ist sehr erregbar, aggressiv, trinkt, hat Suicidialideen.

Verf. kommt zu den Schlüssen, dass ein dauerndes günstiges Resultat der Entziehungscur sehr selten sei, die Cur selbst sei lebensgefährlich. — Der Morphiummissbrauch führe zu psychischen Alterationen bis zu ausgesprochnem Wahnsinn.

Smidt.

Digitized by Google

Therapie.

16) Zur Behandlung der Hysterie von Prof. Friedreich in Heidelberg. (Virch. Arch. XC. 2. S. 220—242.)

Auf Wunsch des verewigten Klinikers veröffentlicht Prof. Schultze dessen therapeutische Notizen, die an ein Verfahren zur Heilung der Hysterie anknüpfen, welches von Baker-Brown 1866 empfohlen, aber bald wieder verlassen wurde: die operative Entfernung der Clitoris. — Ref. beschränkt sich darauf, über diese Mittheilung ganz objectiv zu berichten, glaubt aber die Ansicht der meisten Psychiater dahin präcisiren zu können, dass die Hysterie eine Gehirnkrankheit ist und dass auch die sie begleitenden Sensationen und krankhaften Vorstellungen sexuellen Charakters central entstehen. — Die locale Behandlung der Hysterie geht von der Vorstellung aus, dass durch periphere Reizungen (spontaner und masturbatorischer Art) einiger Zweige des N. pudendus schwere functionelle Störungen — Hysterie, Epilepsie und sonstige Psycho- und Neuropathien — hervorgebracht werden können, die nach Entfernung dieser Reizzustände weichen. Baker-Brown verfuhr radical; er schnitt die Clitoris aus und erzielte überraschende Heilungen. F. suchte dasselbe durch locale Cauterisation der Clitoris mit dem Höllensteinstift zu erzielen und erreichte dies in 8 Fällen. Dieselben waren schwerer Art; es handelte sich um Paraplegien, schwere Neuralgien und andere sensible Störungen, verschiedene Krampf- und Lähmungsformen, psychopathische Zustände, ausgebildete Hysteroepilepsie. Die Genitalorgane boten keine wesentlichen Anomalien dar; Onanie bestand wohl in allen Fällen; in einigen wird sie ausdrücklich angegeben, in den andern sehr wahrscheinlich gemacht. — Bisweilen besserten sich schon nach der ersten Cauterisation die Erscheinungen; jede weitere Aetzung, in Zwischenräumen von einigen Tagen bis zu sechsen vorgenommen, brachte weitere Fortschritte. Alle 8 so behandelten Kranken genasen; 2 derselben konnten noch nach der Entlassung aus der Klinik im Auge behalten werden, der eine recidivirte nach 2 Jahren und genas nach erneuter Cauterisation, soweit die Nachrichten reichen, dauernd; die betr. Kranke hat sich mittlerweile verheirathet. Die andere Kranke wurde nach $1^1/_2$ Monaten rückfällig, dann neuerdings cauterisirt und blieb bis jetzt ($^1/_4$ Jahr) gesund. Die Aetzung wurde stets intensiv ausgeführt; die Kranken müssen danach einige Zeit das Bett hüten, bis die im Anfang heftigen Schmerzen geschwunden sind. Tuczek.

---

17) Traitement de la curabilité de la péricérébrite par D. Brunet. (Annales médico-psychologiques. 1882. VIII. p. 366.)

Die Pericerebritis, vulgo Paralyse, erklärt Brunet, sei in einzelnen Fällen heilbar und würde es viel häufiger sein, wenn von Beginn des Leidens an eine energische Behandlung eingeleitet würde. Als solche wird die Anwendung von eventuell wiederholten, starken Blutentziehungen, ferner täglicher verlängerter Bäder, unter gleichzeitiger Application kalter Kopfaufschläge, Tartarus stibiatus (zu 0,15—0,50 grm pro die) und Kalium bromatum (bis 12 grm pro die) empfohlen.

Die Cur wurde meist, und wenn der Patient nicht zu schwach war, mit der Anwendung des Brechweinsteins begonnen.

Aus den mitgetheilten drei Krankengeschichten, denen zu Folge diese energische Cur von gutem Resultat war, erhellt, dass es sich um exquisit congestive Formen der Paralyse gehandelt hat, bei denen diese heroische Methode den Cerebralkreislauf zu entlasten ihre Berechtigung gehabt haben mag.

Im Ganzen dürfte jedoch — von derartigen speciellen Fällen abgesehen — dieser Klang aus alten Zeiten, zumal hinsichtlich der Blutentziehungen, wenig Nachhall finden. Jehn.

Digitized by Google

Anstaltswesen.

18) **Restraint and seclusion in American Institutions for Insane** by H. M. Bannister and H. N. Moyer. (The Journ. of nerv. and ment. disease Vol. IX. July 1882. Nr. 3. p. 457.)

Die Verff. kommen zu dem Resultate, dass das Restraint in amerikanischen Anstalten einen hohen, in einzelnen einen ausserordentlich hohen Procentsatz erreicht, dass die Durchführung des No-R. in Amerika möglich, und dass das Restraint nach den Richtungen hin, für welche es besonders empfohlen wird, weniger leistet, als man davon erwartet (erwiesen namentlich durch die Selbstmordstatistik in englischen und amerikanischen Anstalten). A. Pick.

III. Aus den Gesellschaften.

Medicinisch-pharmaceutischer Bezirksverein von Bern. Sitzung am 9. Mai 1882. (Corr.-Bl. f. Schw. Aerzte. 1882. No. 20.)

Prof. Pflüger entwickelt in einem Vortrag über Hemianopie, an 5 selbstbeobachtete Fälle anknüpfend, dass die homonyme Form der Hemianopie sowohl in einer basalen als in einer centralen Erkrankung ihre Ursache haben kann, da sowohl jeder Tractus als jede Hemisphäre homonymen Netzhauthälften zugeordnet ist; die Differentialdiagnose sei oft nicht zu stellen. Für seine 2 Fälle von heteronymer temporaler Hemianopie ist, da die Fasern eines Tractus nicht, wie Schön und Charcot annahmen, central sich kreuzen, nur eine Erkrankung des Chiasma, welche, dasselbe in sagittaler Richtung comprimirend, einen Theil der lateralen ungekreuzten Bündel verschont hat anzunehmen; das linke ungekreuzte Bündel wurde in dem einen Falle auch zerstört, indem nach zweijähriger Beobachtung das linke Auge ganz erblindete.

In der Discussion macht Lichtheim darauf aufmerksam, dass diejenigen Fälle noch einer Aufklärung bedürften, wo mit einem einseitigen Herd im Grosshirn eine Herabsetzung der Sehkraft im ganzen Gesichtsfeld des entgegengesetzten Auges verbunden ist. Tuczek.

Aus der Pathological Society of London. Sitzung vom 7. November 1882. (The Lancet. 1882. Nov. 11.)

Dr. Kesteven's Bericht „Über Paraplegie durch ein traumatisches Hämatom des Brustmarks" betraf einen Kranken, bei dem durch ein altes Wirbelleiden eine Dislocation des Körpers vom 7. Brustwirbel herbeigeführt worden war. Drei Monate vor seinem Tode hatte er einen heftigen Schlag auf den Rücken bekommen, dessen klinische Folgeerscheinungen aus dem Berichte nicht zu ersehen sind.

P. M.: In der genannten Region der Wirbelsäule ein Bluterguss, welcher nicht nur innerhalb des Wirbelcanals zur Compression des Brustmarks geführt, sondern auch als harter Tumor in den hintern Mediastinalraum sich vordrängend die Communicationsäste der VII. Gangl. sympath. zerstört hatte.

Da eine mikroskopische Untersuchung des Tumors nicht vorgenommen worden war, bleibt der Annahme, dass es sich nicht sowohl um einen Bluterguss als um eine hämorrhagische ächte Geschwulstbildung gehandelt habe (Butlin) um so mehr Raum, als die Entwickelung der Erscheinungen dieser Unterstellung günstig schien. Kast.

Digitized by Google

Aus der Cambridge Medical Society. Sitzung vom 6. October. (The Lancet. 1882. Nov. 11.)

Dr. W. A. Smith gibt unter der Diagnose „Lateralsclerose" die klinische Geschichte eines 44jährigen Mannes, der 18 Jahre nach einer ohne directe Folgen vorübergegangenen Rückenmarkserschütterung, nebst heftigen Schmerzen in den Beinen mit spastischen Erscheinungen in beiden unteren Extremitäten erkrankte (Steifigkeit in Rücken und Beinen, Muskelrigidität, enorm gesteigerte Sehnenreflexe).

Die Sensibilität, besonders des linken Beines, erheblich herabgesetzt, beträchtliche Muskelatrophie. Rigidität und fibrilläre Zuckungen in der Nackenmuskulatur. Druckempfindlichkeit der unteren Dornfortsätze.

Vortr. glaubt als anatom. Substrat der geschilderten Erscheinungen eine Sclerose der Seitenstränge mit geringer Hinterstrangaffection (Sensibilitätsstörung!) erwarten zu müssen, indem er zugleich für die Störungen der Nackenmuskeln disseminirte Herde im Cervicalmark veantwortlich machen will.

In Dr. Braddbury's „Fall von Cerebellargeschwulst" hatte der 21jähr. früher stets gesunde Pat. seit mehreren Jahren an Gesichtsneuralgie gelitten. Wenige Monate vor dem an allgemeiner Entkräftung erfolgten Exitus trat heftige Hinterkopfschmerz und vorübergehendes Erbrechen auf. Schwankender trippelnder Gang ohne Zwangsbewegungen. Kein Schwindel. Intacte Sensibilität. Leichte Erhöhung der Patellarreflexe. Mastdarmlähmung bei ungestörter Blasenfunction. Negativer Augenspiegelbefund.

Die Section ergab einen haselnussgrossen verkästen Tuberkel der 2. Kleinhirnhemisphäre mit ausgedehnter Erweichungszone. Kast.

IV. Literatur.

(Unter dieser Rubrik wird das Centralblatt in Zukunft in regelmässigen Zwischenräumen nach speciellen Materien zusammengestellte Uebersichten über solche Arbeiten aus dem Gebiete der „Neurologie" bringen, über die nicht referirt worden ist. Es wird dadurch die erstrebte Vollständigkeit der Berichterstattung hoffentlich ganz erreicht werden.)

Die Jahreszahl ist, wo nichts bemerkt ist, 1882.

Tabes.

1) Adamkiewicz: Ueber Tabes. (Wiener med. Presse. 29. 30. 31.)
2) Ramskill: Tabes dorsalis. (Brit. med. Journ. March 18.)
3) Fournier: De l'ataxie locomotrice d'origine syphilitique. (Paris. Masson.)
4) Henderson: Tabes nach Variola. (Louisv. med. News. 11. Febr. Ref. in Arch. de Neurol. Novembre.)
5) Russel: Unusual phenomena in locomotor ataxy. (Med. Times and Gaz. 19/8.)
6) Edes: Ueber die Häufigkeit der Degeneration der hinteren Seitenstränge bei Rückenmarkserschütterung. (Bost. med. and surg. Journ. Sept. p. 265.)
7) Martin: Contribution à l'étude des formes frustes de l'ataxie locomotrice. (Thèse de Bordeaux.)
8) Blanchard: Mal perforant im Beginn einer Rückenmarkserkrankung. (Thèse de Paris.)
9) Damaschino: Ausfallen der Zähne und Zerstörung der Alveolen bei Tabes. (Gaz. des Hôp. 70.)
10) Ponget: Ausfallen der Nägel bei nervösen Affectionen und insbesondere bei Tabes. (Thèse de Paris.)
11) Roques: Ueber dasselbe. (L'Union. 91.)

Digitized by Google

12) Lépine: Ueber eine besondere Form gastrischer Krisen bei der Tabes. (Lyon. méd. 33 u. f.)
13) Horel: Ueber gastrische Krisen bei Tabes. (Thèse de Paris.)
14) Queudot: Ueber schmerzhafte Krisen in den Harnwegen und den Geschlechtsorganen bei Tabes. (Thèse de Paris.)
15) Rougier: Ueber Melancholie und Verfolgungswahnsinn bei Tabikern. (Thèse de Lyon.)

Tabes dorsalis spasmodica.

16) Lussana: Tab. dors. spasm. (Gazz. Lomb. IV. 13. 14. 15.)
17) Bianchi: Fälle von sog. spast. Spinalparalyse. (Mov. im. med. chir. XIV. 281.)

Epilepsie.

18) Weiss: Ueber corticale Epilepsie. (Wien. med. Jahrb. S. 13.)
19) Girard: Epilepsie Jacksonnienne. (Thèse de Paris.)
20) Greffier: Partielle Epilepsie. (Thèse de Paris.)
21) Raab: Epilepsie nach Alcoholmissbrauch. (Wien. med. Blätter. 8. 9. 10.)
22) Hamilton: Sensorielle Epilepsie. (Lyon. méd. 33 u. f.)
23) Saundbey: Albuminurie bei Epilepsie. (Med. Times and Gaz. 14/10.)
24) Bannister: Note on bromide mania and the supposed compensatory action of epileptic attacks. (American Journ. of mental and psych. No. 3.)
25) Purpura der Unterextremitäten bei einem Alcoholist gewordenen Epileptiker. (France méd. 22.)
26) Raab: Chronischer Wahnsinn nach epileptischen Geistesstörungen. (Wien. med. Woch. 36 u. 37.)
27) Botkin: Epilept. Irresein. (Medizinkoje Oboscenje. Juli.)
28) Wuillamier: Epilepsie bei spasmodischer Hemiplegie im Kindesalter. (Thèse de Paris.)
29) Civio Vincenzi: Sclerose des Ammonshorns bei Epilepsie. (Arch. ital. per le malatt. nervos. Sept.)
30) Allison: Multiple tuberculöse Geschwulst bei Epilepsie. (New York med. Record. Aug. 9.)
31) Boyé: Traitement de l'épilepsie. (Thèse de Paris.)
32) Bricon: Ueber dasselbe. (Paris. 262 p.)
33) Lees: Traumat. Epilepsie. Trepanation. (Clin. Soc. Transact. XIV. p. 12.)
34) Gay: Trepanation wegen Epilepsie. (Boston med. and surg. Journ. CVI. 16. April.)
35) Roux: Bromäthyl gegen Epilepsie and Manie. (Thèse de Paris.)

Progressive Paralyse der Irren.

36) Colovitch: Paralyse bei Frauen. (Thèse de Paris.)
37) Régis: Ueber dasselbe. (France méd. 14. 15. 16.)
39) Lasuège: Paralyse und Trauma. (Gaz. des Hôp. 104.)
40) Vallon: Ueber dasselbe. (Thèse de Paris.)
41) Stenger: Die cerebralen Sehstörungen der Paralytiker. (Arch. f. Psych. XIII. 1.)
42) Moreaux: Paralyse bei den Alcoholikern. (Thèse de Paris.)
43) Jockeel: Ueber das Ohrhämatom. (Paris. Rey.)

Druckfehlerberichtigung:
Seite 543 Zeile 23 statt „Ausdruck" lies „Ausdauer".
Seite 544 Zeile 26 statt „Onanie" lies „Ovarie".

Um Einsendung von Separatabdrücken an den Herausgeber wird gebeten.

Einsendungen für die Redaction sind zu richten an Privatdocent Dr. E. Mendel, Berlin, NW. Kronprinzen-Ufer 7.

Digitized by Google

Register.

I. Autoren der Originalaufsätze.

Berger 49. 505.
Binswanger 97.
Eisenlohr 409.
Erb 73. 104. 149. 529.
Eulenburg 3. 33. 169. 313.
Flechsig 513.
Hadlich 341.
Hirschberg 553.
Jehn 53.
Kast 385.
Küster 31.
Löwenfeld 268.
Mendel 55. 241.
Moeli 76.
v. Monakow 481.
Remak 149.
Richter (Pankow) 295.
Rumpf 5. 29. 482.
Seeligmüller 193.
Siemens 102. 457.
Sioli 193.
Schäfer 172. 197. 217. 245.
Schultze, Fr., 121. 433.
Strümpell 83. 361.
Tuczek 315. 337.
Vierordt 289.
Waller 145.
de Watteville 145. 265.
Winter 176.

II. Namenregister.

Abbot 283.
Adamkiewicz 251. 312.
Albertoni 232. 321.
Alexander 474.
Althaus 333.
Archambault 135.
Arloing 142.
Arndt 426.
Arnoldow 524.
Arthaud 383.
Atkins 139.
Auerbach (Cöln) 39. 114.

Bäumler 311.
Baillarger 88.
Baistrocchi 108.
Ball 18. 115. 128. 156. 283. 359. 503. 523. 545.
Ballet 521. 560.
Bannister 564.
Banti 468.
Baraduc 159.
Barbe 135.
Bardeleben 476.
Bareggi 523.
Barić 132.
Barlow 471.
Barrs 210.
Barth 538.
Beach 497.
Beane 254.
Beard 138. 233. 284.
Beavor 323.
Bechterew 152. 532.
Bécoulet 95.
Bennett 400. 471. 491. 562.
Berger 141. 227.
Berkhan 402.
Berlin 311.
Berner 498.
Bernhard (Schweizerhof) 162.
Bernhardt, M., 67. 68. 110. 209. 422. 426. 551.
Bert 190.
Bessel-Hagen 8.
Beurmann 181.
Biante 399.
Bidder 319.
Binswanger 161. 180. 312. 455.
Binz 46. 546.
Birdsall 517.
Blaise 207.
Bloch 16.
Bókai 367.
Bonatti 524.
Bonnafont 344.
Bonnaire 44. 206.
Boucheron 190. 477.
Bourdin 118.
Bourneville 44. 65. 206. 288. 345. 369. 383. 518.
Bowditch 86.
Boyd 517.
Braddbury 565.
Bramwell 384.
Braun (Heidelberg) 356.
Braun, Jul., 401.
Brieger 352. 355. 499.
Brigidi 468.
Brill 467.
Brison 383.
Brissaud 65. 518.
Broadbent 154. 205. 238.
Brodeur 444.
Brosius 334.
Brousse 527.
Browne 307. 309.
Brown Séquard 85. 236. 287.
Brückner 275.
Brunelli 127.
Brunet 563.
Bruns 210.
Brunton 124.
Buccola 66. 328.
Budge 274.
Bumm 354. 390.
Burk 468.
Burnet 307. 442.
Burot 504.
Buzzard 127. 205. 278. 346. 405.

Cadge 450.
Campbell 354.
Camuset 112.
Carafi 489.
de Castel 132.
Cavafy 45.
Cérenville 429.
Chambard 471.
Channing 287.
Charcot 60. 90. 132. 423. 562.
Charpentier 111.
Chatelain 379.
Chavasse 41.
Christian 118. 328. 495.
Chvostek 487.
Claus 326.
Clément 519.
Clouston 448.
Coats 135. 205.
Cohn 63.
Comby 15.
Conguet 403.
Corso 299.
Cotard 561.
Couty 119.
Crothers 329. 399. 473.
Cullerre 329.
Curwen 330.

Dagonet 113. 230.
Damaschino 394.
Danillo 11. 119. 405. 472. 522.
Dastre 430. 478. 514.
Dauge 288.
David 504.
Davida 226.
Debove 40.

Digitized by Google

Déjérine 119. 160. 191. 257.
Delaunaya 69.
Demange 91. 183.
Denis-Dumont 357.
Depaoli 403.
Despine 24.
Donkin 238.
Doutrebente 186.
Dowse 135.
Dransart 477.
Drasche 92.
Dreschfeld 184. 205. 211. 323.
Dreyfous 132.
Drosdow 230. 355.
Dumontpallier 72. 160.
Duplaix 488. 560.
Duplay 125.
Dupuys 549.
Duterque 495.

Eckhard 438.
Edel 162.
Edinger 393.
Edlefsen 429.
Eickholt 44.
Eliassow 369.
Eloy 404.
Erb 128. 205. 214.
Erlenmeyer 491.
Erlitzky 58.
Espian de Lamaestre 400.
d'Espine 323.
Estorc 548.
Eulenburg 106.
Exner 85.
Eyselein 138.

Fabre de Parrel 399.
Falkenheim 67. 274.
Fayrer 469.
Félizet 474.
Féré 43. 125. 130. 153. 465. 489. 518. 539. 558.
Ferrand 22.
Ferri 402.
Ferrier 178. 253. 396.
Finger 17.
Finlayson 421.
Finny 470.
Fischer 285. 349.
Fitzgerald 381. 382.
Flemming 458.
Flesch 551.
Folsom 287.
Forel 11.
v. Forster 34.
Forster 366.
Fournier 211.
Foville 114. 229. 561.
Fox, Long, 280.
Fox, John, 283.
Fränkel (Bernburg) 420.
Friedländer 227.
Friedreich 17. 18. 563.
Fritsch 212. 503.
Fürstner 37. 223. 310. 325.
Funajoli 441.
Fusier 22.

Gairdner 353.
Galliard 61.
Ganser 416.
Garel 443.
Gasquet 282. 332.
Gaucher 538.
Gautier 281.
Giacomini 531.
Gibney 254.
Gilbert 395.
Gilles de la Tourette 277. 421.
Gingeot 157.
Glatz 501.
Gley 272.
Gnauck 43. 161. 308. 454.
Gock 162.
Golgi 297.
Goltz 177.
Goodhart 450. 500.
Goodridge 492.
Gorham 87.
Gowans 420.
Gowers 90. 143. 165. 442. 471.
Granville 500.
Green 260.
Greffier 543.
Greiff 351.
Griswold 276.
Grocco 325.
Gualco 325.
Gudden 9. 455. 476.
Guelliot 350.
Guermonprez 428.
Guillebeau 461.
Gussenbauer 379.
Guzzoni 450. 500.

Haab 494.
Haase 281.
Hack 301. 376.
Hadden 492.
Häcker 519.
Hahn 500.
Hallopeau 205.
Hammond 68. 233. 557.
Hampartzoum Nakachien 356.
Heller 474.
Henoch 500.
Hénocque 404.
Henrot 478.
Hermann 139. 331.
Herrmann 473.
Heubner 254.
Hirschberg 41. 499.
Hoggan 154.
Högyes 369.
Holländer 209. 495.
Holst 94.
Homén 226.
Huchard 331.
Huet 239.
Hughes 329. 354. 400. 448.
Huguenin 303.
Hutchinson 382. 493.

Ireland 42. 354.
Irsai 124.

Jackson 560.
Jacob 307.
Jacusiel 549.
Jaffé 64.
Jarisch 391.
Jendrassik 392.
Joffroy 130. 131.
Jolly 311. 403.
Jones 520.

Kahler 108. 439.
Kerlin 448.
Kertész 485.
Kesteven 205. 564.
Kiernau 234. 261. 358.
Kirchhoff 463.
Kirn 501.
Kleudgen 65.
Klippel 471.
Knecht 518.
Koch (Dorpat) 350.
Koch (Wiesbaden) 187.
Köhler (Colditz) 47.
Kohn 94. 358.
Kongles 463.
Korczynski 260.
Koster 479.
Kovács 485.
Kräpelin 498.
Krantz 277.
Krause (Berlin) 37.
Krause (Göttingen) 263.
Kredel 257.
Kretz 332.
Krishaber 349.
Krueg 43.
Kümmell 45.
Küster 498.
Kuhnt 476.
Kupffer 8.
Kussmaul 309.

Laborde 343.
Lachmann (Giessen) 370.
Lachmann (Greifswald) 427.
Ladame 403.
Laehr 454.
Laffont 190.
Lafitte 230.
Lamb 503.
Landowski 477.
Landouzy 521.
Lang 381. 382.
Langer 441.
Lannois 42. 372.
Lanza 233.
Lasuège 111.
Laufenauer 130.
Laura 272.
Laurand 61.
Lavin 280.

Digitized by Google

Layton 332.
Lechner 281.
Lecoq 373.
Legrand du Saulle 23. 308.
Lemoine 372.
Lentz 140.
Lépine 538.
Leppmann 404.
Lereboullet 23.
Leroux 521.
Lesser 11.
Letulle 131.
Leubuscher 493.
Leuf 552.
Leven 288.
Lewis 480.
Leyden 305. 308. 541.
Lichtheim 61.
Lidell 545.
Liman 358.
Litten 91.
Lloyd 544.
Löwenfeld 93. 113. 479.
Lombroso 398. 402. 429. 450. 524. 525.
Long 110.
Luc 425.
Lucae 344.
Luchsinger 461.
Luciani 204.
Lüderitz 84.
Luys 19. 34. 109 (2). 110 (2). 303. 503. 548.

Mackenzie 352. 353.
Macphaël 394.
Magnan 20. 69. 395. 562.
Mann 357.
Manning 502.
Manouvrier 262. 286.
Manz 311.
Maragliano 324.
Marandon de Montyel 261.
March 94.
Marchand 487.
Marchand 490.
Marchant 475.
Marcus 236.
Marie 353. 471. 489.
Marshall, Milnes, 251.
Mason 558.
Mathieu 156. 396. 489.
Mauthner 383.
Mayor 235.
Mays 273.
Meguin 160.
Mencien 155.
Mendel 92. 238.
v. Mering 547.
Merkel 484.
Merklen 286.
Meunier 304.
Meyer, Lothar, 109.
Meyer, Paul, 374.
Meynert 204.
Mickle 21. 259. 277. 488 (2). 497.
Mingazzini 514.
Mitchell 345.
Möbius 134. 192. 421. 534.
Moeli 161. 237. 327. 476.
Möller 378.
Moleschott 356.
v. Monakow 274.
Mongeri 234.
Monnier 350.
Moos 310.
Morat 430. 478. 514.
Morselli 66.
Morton 285.
Moyer 564.
Mulvane 276.
Munk 459.
Murrell 260.
Myrtle 517.

Needham 140.
Neftel 259.
Newman 544.
Nieden 374.
Nothnagel 13. 417.
Noyes 468.

Obersteiner 562.
Oechsner de Coninck 236.
Oglesby 381. 492.
Oks 548.
v. Olderogge 278.
Ollier 504.
Ord 333.
Ormerod 493.
Otto 486.
Oulmont 182.

Packer 491.
Pätz 548.
Parant 328.
Parinaud 190. 288. 382. 404.
Parrot 153. 537.
Pasini 525.
Pasternatzky 204.
Patain 504.
Pawlik 284.
Pekelharing 418.
Pelman 140. 452.
Penzoldt 64.
Peretti 494.
Peters 158.
Petrina 12.
Petrucci 495.
Pflüger 549. 564.
Philipps 450. 500.
Pick 132. 208. 306.
Pierret 107. 204.
Pitres 131. 345. 393.
Playfair 428.
Pölchen 444.
Pohl 497.
Pons 495.
Popoff 11. 59.
Pousson 447.
Prévost 130.
Proust 15.
Pusinelli 351.

Quincke 373.

Raggi 306.
Railton 443.
Ranke 367.
Rauber 417.
Raue 475.
Rawitz 391.
Raymond 132. 156. 182. 350. 383. 444. 521.
Redard 504.
Régis 139. 212. 333.
Rehlen 275.
Reichert 155.
Rein 151.
Reismann 397.
Remak 352. 536.
Rendu 91.
Renaut 318.
René 418.
Reumont 95.
Reverchon 377.
Rey 463.
Reymond 542.
Ribalkin 89.
Ribbert 556.
Richter (Dalldorf) 88 (2).
Riedel 45.
Riedtmann 490.
Riegel 155.
Rieger 34.
v. Rinecker 311.
Ripping 259.
Ritti 377.
Robertson 115. 276.
Robin 359.
Röhring 283. 493.
Roloff 158.
Rose 356.
Rosenbach 469.
Rosenthal 444.
Ross 333. 466. 535.
Rousseau 23. 112. 125. 186. 546. 561.
Rüdel 137.
Rüdinger 364. 459.
Rumpf 9. 476.
Russell 350. 492.
Ruxton 68.

Samelsohn 419.
Sander, J., 312.
Savage 547.
Scheube 539.
Schiff 391.
Schmidt-Rimpler 59 (2).
Schmidt 397.
Scholz 8. 261.
Schott 157.
Schütz 158. 397.
Schulthess-Rechberg 559.
Schultze, Fr., 14. 205. 310. 324. 537.
Schulz, R., 14.
Schwartzer 213.
Schwimmer 455.
Sciammona 126. 514. 515.

Digitized by Google

Sée 359.
Seeligmüller 14. 40. 41. 163.
Seguin 65.
Semon 421.
Senator 334.
Seppilli 136. 307. 449.
Setschenow 225.
Sewall 87.
Shapter 450.
Shaw 273. 346. 470. 492.
Shingleton 400.
Siemens 453.
Simon 284.
Singer 203.
Siredey 489.
Smidt 551.
Smith 565.
Snell 496.
Sockeel 153.
Soltmann 262.
Sommer 533.
Sorel 39.
Southard 86.
Spencer 93.
Spillmann 397.
Spitz 207.
Spitzka 327. 498.
Stein 407.
Sterz 187.
Stilling 310.
Stites 157.
Strümpell 39. 299. 320.

Taguet 186. 561.
Tamassia 556.
Tambroni 449.
Tamburini 136. 449.
Tassi 191.
Tauffer 380.
Terrier 425.
Thibierge 128.
Tillaux 118.
Tordeus 323.
Treibel 67.
Treves 520.
Tuczek 370. 453. 454.
Turnbull 21.
Tuttle 544.

Ullrich 521.
Unterberger 500.
Urné 322.
Uspenski 467.

Valair 438.
Valude 517.
Verga 306.
Verity 378.
Vermeulen 115.
Verneuil 477. 504.
Vierordt 464.
Vignal 119. 288.
Vigouroux 94. 139. 260.
Voormann 447.
Vulpian 161. 280. 478 (2).

Wahltuch 333.
Waldeyer 310.
Waldstein 364.
Waller 252.
Walton 277.
Warner 442. 526.
Watteville 298.
Webber 350.
Weber 364.
Weigert 475.
Weinstein 486.
Weiss 445.
Welcker 367.
Weltrubsky 401.
Wendt 235.
Westphal 161. 228. 304. 499.
White 159.
Wille 490.
Winslow 309.
Wintzenried 437.
Witkowski 311.
Woakes 273.
Wolff, W., 34 (3). 105.
Wood 319.
Woodhead 252.
Worms 474.
Worthington 43.
Wuillamié 345. 369.

Young 353.
Zacher 37. 427.
Zambaco 494.
Zenker 515.
Ziemssen 64.
Zinn 453.

III. Sachregister.

Abducenskern 9.
Abducenslähmung 443.
Aberglaube (Zurechnungsfähigkeit) 213.
Absinth, Wirkung auf Hirnrinde 119.
Absinthismus, chron. 281.
Accessorius, Resection 118.
— Physiologie 438.
Acetale 547.
Achillessehnenreflex 313.
Acusticus, Structur 58.
— Kern 481.
Aequivalente, kinetische 426.
Aërosphygmograph 514.
Affenspalte 459.
Agaricus musc. 523.
Agoraphobie 138.
Albuminurie bei Del. trem. 354.
Alcohol, Wirkung auf Hirnrinde 119.
Alcoholismus 288. 329. 349. 399. 473 (2).
Alcoholismus, Anästhesie dabei 559.
Aloë 94.
Amaurose nach Blutverlust 41.
— Nervendehnung 45.
Amblyopia centralis 419.
Aneurysma art. comm. post. 471.
— an der Hirnbasis 205.
Angina pectoris, Nitroglycerin dabei 68. 260.
— Electrotherapie 93.
— bei Hysterie 353.
Anosmie 373.
Anstalten für Geisteskranke 48 (3). 70. 115. 188. 140 (2). 158. 189 (2). 359. 379. 404. 432. 453. 548. 564.
Antonomasie 118.
Aphasie 39. 118. 132. 345. 403. 518.
— und Geistesstörung 561.
Apoplectiforme Anfälle bei Tabes 373. 550.
Armlähmung 68.
Arsen, Wirkung auf Med. 11.
Arteriitis obliterans 328. 345.
Asphyxie locale 377. 445.
Associationsbündel 390.
Asthma cardiacum 257.
Ataxie durch Sclerotinsäureinjection 372.
Athetose 110. 325. 397. 443.
Atrophie der Seitenwandbeine 125. 153.
— der Hirnrinde 345. 346.
Atrophische Lähmungen 388. 464.
Atropin 52. 232. 332.
Auge und Rückenmark 34.
Augen-Bewegungen 485.
— Krankheiten bei Masturbanten 63.
— Lähmungen 36.
— nucleäre Lähmungen 61. 534. 554.
— Nervenkerne 9.

Digitized by Google

Augen-Schwindel 65.
Aura epilept. 442.
Axencylinder 154. 263.

Balken-Mangel 11.
Basedow'sche Krankheit 526.
Basilararterie, Thrombose derselben 541.
Bauchpresse, Centrum derselben 462.
B-Collidine 236.
Beri-Beri 539.
Bewegungsapparat, Erkrankung desselben 134.
Bildungsanomalie des Hirns und Rückenmarks 37.
Bindearm, secundäre Degeneration 238. 241. 431.
—, Anatomie 455.
Blasennerven, isol. Compression 370.
Blei, Wirkung auf Rückenmark 11.
—, Lähmung 149. 517.
—, Encephalopathie 324. 521. Ergotin dabei 157.
Blut bei Pellagra 307.
Brachialplexus, Lähmung desselben 42.
Brandstiftungsmonomanie 23.
Bromkalium, Wirkung auf Gehirn 232. 284.
— gegen Diabetes 474.
Bromnatrium gegen Singultus 284.
Brucin, physiol. Wirkung 437.
Bulbärparalyse 474. Pseudo- 539.
Bulbuszerstörung, Einfluss auf Hirn 225.

Cachexie pachydermique, cf. Myxoedem.
Cannab. ind. bei Lyssa 68.
Canäle, halbzirkelförmige 310. 343. 344.
Carcinom des Gehirns 489.
Centralwindung, vordre, Tuberkel 487.
— Erweichungsherd 518.
— Gliom 566.
Centren, motor., der Hirnrinde 124. 566.
— cf. auch Lokalisation.
Centrum ciliospinale 462.
Cerebellum, cf. Kleinhirn.
Cerebritis cortical. 319.
Cerebrospinalmeningitis, epid., 64. 320.
Cerebrospinalscleros., mult., 326.
Chiasma nv. opt. 487.
Chinin gegen Ménière'sche Krankheit 356.
— gegen Diabetes 474.
Chinolinum tartaricum 187.
Chloral, Vergiftung 276.
— bei Verstopfung 524.
Chorda tympani 73. 104. 149. 334.
Chorea minor 262.283.450.500.
— mit Macroencephalie 471.
— magna 14. 544.
— Hyoscyamin dagegen 296.
Chorioidealtuberkel 526. 553.
Ciliarnerven nach Neurot. optico-ciliaris 37.
Ciliarneuralgieen 377.
Cinchonidin, Wirkung auf Gehirn 232.
Circuläre Geisteskrankeit 139. 172. 186. 197. 217. 245. 377. 448.
Clarke'sche Säulen, Anomalie 436.
Coca, physiol. Wirkung 66.
Codein 400. 474.
Conium 307.
Contracturen vor dem Tode 85.
— des Arms 135.
— nach Trauma 424. 425.
— hyster. 521.
Contusio cerebri 125. 304.
Convallaria majalis 359.
Convulsionen 155.
Copaiva bei Ischias 94.
Cornea, Nerven derselben 34.
Corp. geniculat. 274.
— rectiforme 455. 481.
— quadrigemina 310. 396. 416.
— striatum Osteom 319. Erkrankung 444.
Cremasterkrampf 52.
Cretinismus 137. 139. 331. 359.
Crus cerebri, Durchschneidung 152.
— Tumor 156.
Cuneus Atrophie 110.
Curare bei Lyssa 64. 548.
— bei Epilepsie 429.
Cysticercus im Rückenmark 277.
— im Gehirn 486.
— racemosus 515.

Darmerkrankung mit Rückenmarksveränderung 132.
Decubitus 119.
Dédoublement de la personalité 112.
Defectbildung des Hirns 253. 463.
Degeneration der Hautnerven (decubitus) 119.
— secundäre der Med. 203. 226. 310. 327.
— doppelseitige nach einseitiger Hirnläsion 393.
— secundäre im Bindearm 238. 241.
— in Schleife 374.
— bei Hunden 440.
Delirien, Coëxistenz verschiedener 20.
— de négation 561.
Del. trem. 354. 359.
— Therap. 69.
— alcohol. 111.
— febrile b. Geisteskrank. 118.
— intermittirende 186.
— Allg. 457.
— acutum bei Paralyse 229.
Dementia, Hirnatrophie 69.
— acuta 354.
— epileptica 65.
— paralyt., cf. Paralys. progressiva.
Dermatosen, neuropath., 455.
Déviation conjuguée 277. 421. 443.
Diabetes und Neuralgieen 92. 141. 160.
— path. Veränderungen 303.
— bei Masern 322.
— bei Del. trem. 354.
— Therapie 356. 400. 473. 474.
Diphtherit. Lähmung 135.
Dipsomanie 308. 545.
Drucklähmungen 161.
Dura spinalis, Psammom der, 382.
Durstcentrum 14.

Eclampsia uraemica 323.
Ehescheidung 503. 548.
Eisenbahnkrankheit 421.
Electrische Apparate 527.
Electrodiagnostik 87. 147. 225. 252. 260. 311. 400. 426. 491. 548.
Electrotherapie 5. 29. 93. 139. 214. 259. 265. 285. 286. 407. 483.
Electr. Bäder 230.
Elementarempfindngn., Dauer bei Geisteskranken 18.
Encephalitis interstitiälis diff. inf. 549.
Encephalomalac. multipl. 559.
Encephalopathia saturnina 324. 521.
Entartungsreaction farad. 385.
Ependym 318.
Epilepsie 165.
— Pathologie 321.
— Pupillen 102. 471.
— Reflexe 323.
— motor. Aequivalente 426.
— Aura 442.
— Contracturen 425.
— mit Osteomalacie 518.
— corticale 130. 518.
— Jackson'sche 39. 518.
— Bewusstsein 310.
— Geisteskrankheiten dabei 43. 492.
— dementia 65. 448.
— Aetiologie 53.
— bei Ergotismus 371. 395.

Digitized by Google

Epilepsie, Körpergewicht dabei 277. 278. 496.
— pathol. Anatomie 104. 108. 327. 491. 516.
— Therapie 22 (2). 68. 232. 332. 429. 449. 474.
— Magnet bei Epilepsie 383.
— forens. Bedeutung 261.
— Simulation 103.
— staatliche Fürsorge 452 (2).
— Literatur 566.
Erb'sche Lähmung 42. 278. 289.
Erbrechen, period. 305.
Erinnerungskrämpfe 18.
Ergotin bei Bleilähmung 157.
Ergotismus, Veränderungen im Centralnervensystem 370.
Erweichungsherde des Hirns (traumatisch) 490.
Eserin. sulf. bei Tetanus 332.

Facialiscentrum 518.
— Krämpfe 213. 424.
— Lähmung mit Herp. zost. 131.
Färbungsmethode 475.
Faradisat., allg., 285.
Farbenbildung im Gehirn 87.
Farbenblindheit 467.
Felsenbein, Bruch desselben 304.
Filum terminale, Gliom desselben 370.
Fingerlähmung 209.
Flimmerscotom 377.
Folie du doute 522.
Folie à double forme, cf. circuläre Geisteskrankheit.
Forensische Fälle 23 (2). 47. 115. 162. 204. 253. 261. 286. 358 (2). 403. 431. 450. 475. 498. 502 (2). 503 (2). 525.
— cf. Guiteau.
Fracturen spontan. bei Tabes 210.
Frauenkrankheiten, Beziehg. zu Geisteskrankheiten 259.
Fremde Körper im Hirn 468(2). 498.
Funicul. cuneatus 482.
Fussklonus 135, cf. auch bei den Sehnenphänomenen.
Fussgeschwür, perforirendes, cf. Mal. perforant.
Fussphänomene 313, cf. auch Reflexe.

Galvanisation bei Cremasterkrampf 52.
— bei Hysterischen im Hypnotismus 60, cf. auch Electrodiagnostik und Electrotherapie.
Galvan. Strom, Einfluss auf Erregbarkeit der mot. Nerven 145.
Galvano-Faradisation 265.
Ganglienzellen, Structur 34.
— Verkettung 227.
Gangraen symmetr. 445.
Gastrische Krisen 278. 305.
Gefässnervencentra 312.
Gefühl, Theorie dess. 204.
Gehirn, cf. Hirn.
Gehörsnerv, Struct. dess. 58.
— Hallucinat. mit Mittelohrerkrankung 307.
Gelenkanschwellungen, intermittirende 334.
Gemeingefühle 13.
Geschmack 73. 90. 104. 149. 334.
Gesicht und Gefühl 86.
Gesichtsatrophie, halbseitige 31.
Gleichgewichtsstörungen bei Ohrleiden 190.
— bei Verletzg. der halbcirkelf. Canäle 344.
Gliom im Rückenmark 305.
— des Genus corp. callos 39.
— myxomatosum 161.
— des Thalamus etc. 396.
— der rechten Hemisphäre 492.
— der 1. Stirnwindung und vordr. Centralwindung 561.
Göttinger Irrenanstalt, Bericht 234. 309.
Graue Substanz, Trennbarkeit von der weissen 345.
— quantitative Bestimmung 366.
Grave's Krankheit, cf. Basedow'sch. Krankheit.
Guiteau 233. 234. 287 (2). 309. 357. 379. 503.
Gyri, Entstehung der Furchung 365. 531.
Gyri rect., Atroph. ders. 486.

Haare, Entfärbung ders. 521.
Haematoma auris 153.
— dur. matr. 421. 454.
Haematomyelie 535.
Halbcirkelgangnakrose 310.
— Canäle 343. 344.
Hallucinationen bei der progr. Paralyse 21. 259.
— Entstehung 24. 328.
— Pupillen bei halluc. Hyster. 43.
— einseitige 156. 333.
— bei Erkrankung des Mittelohrs 307.
Halswirbelverrenkung 350.
Handschrift, Physiologie 311.
Haut, Einfluss des Nervensystems 124.
— Empfindungen bei fieberhaften Zuständen 89.
Hemianästhesie 13. 286. 396.
Hemianopsie, Lokalisation 304. 564.
— mit Paralyse von Augenmuskelcentren 382.
Hemianopsie, homonyme bilaterale 487.
— vom Cortex 494. 549.
Hemiathetose 397.
Hemiatroph. Facial. 31. 262.
Hemichorea posthemipl. 443.
— ohne Hemianästhesie 61.
— mit Hemianästhesie 286.
Hemicranie 547.
— mit Psychose 268.
— Natr. salicyl. 283.
— Nitroglycerin 68.
Hemiplegieen, emotive 19.
— bei Tabes 40. 280. 550.
— bei Kohlenoxydvergift. 91.
— mit psych. Störungen 92.
— Paraplegie bei Hemiplegie 95.
— rechtss. u. linkss. 109.
— directe 126.
— infantile in Folge Osteom 319.
— Hämorrhagie dabei 350.
— alternans 443.
— cruciata 488.
— Reflexe 426.
Herds clerosis, cf. Scleros. mult.
Herdsymptome, Ursache derselben 209.
Herpes zoster 11. 130. 131.
— ophthalm. 374.
— Aetiolog. 530.
Herz, mechan. u. electr. Erregbarkeit desselben 64.
— Fehler bei Geisteskranken 402.
Hirn, Bewegungen 273.
— Wärme 299.
— Raum bei Stadt- u. Landbevölkerung 367.
— Puls 514.
— von Papageien 119.
— Veränderungen bei Abdominaltyphus 59.
— Defect 37.
— Missbildung 180.
— bei Mangel des Vorderarms 393.
— Abscess, Trepanat dabei 356.
— traumat. Abscess 488.
— Contusion 125. 304.
— Erweichung bei Kohlendunst 444.
— Erweichung mit Aphasie etc. 280.
— Gefässe bei Epilepsie 104.
— Gewicht 109. 262. 432.
— Hämorrhagien und psych. Störungen 92.
— Oedem 209.
Hirnrinde, Sensibilitätsstörungen bei Läsionen 12. 478.
— Syphilis 38.
— Veränderungen im 1. Stad. der Paralys. progr. 55.
— Atrophie 345. 346.

Digitized by Google

Hirnrinde, feinerer Bau 85. 311.
— markhaltige Nervenfasern 315. 337.
— path. Anatomie 88.
— Läsion d. motor. Zone 207, (cf. auch Lokalisation.)
— tuberöse Sclerose 275.
— Lokalisation der Functionen 177.
— Einfluss auf Temperatur 367.
Hirnschenkel, cf. Crus cerebr.
— Sinusthrombosis 447.
Hirntumoren 38. 361. 447. 486. 487.
— mit Psychose 113.
— syphilit. 277.
cf. auch Carcinom, Gliom, Osteom, Sarcom, Syphilis, Tuberkel etc.
— Verletzungen 279 (2). 468 (2). cf. auch Trepanation.
Hinterstränge der Med. bei Ergotismus 370.
— Erkrankung mit Seitensträngen 542, cf. auch Tabes.
Hoang-Nan bei Lyssa 157.
Hydatiden 61.
Hydrocephal. chron. 328.
— ventric. 544.
Hydromyelus 206.
Hydro-Sphygmograph 513.
Hyoscin 308.
Hyoscyamin, physiol. Wirkung 273.
— therap. Anwendung 68. 295. 332. 400. 454.
Hyperaesthes. cerebr. 397.
Hypnotismus 60. 90. 132. 136. 160. 355. 403. 441. 449.
Hypochondrie 453.
Hypoglossus, Krampf 49.
Hysterie, Pupillen bei Hallucinationen 43.
— Galvanisat. im hypnot. Zustand 60. 90.
— Ovarienschmerz 130.
— mit Hypenotismus 132.
— hyst. Lähmung bei einem Knaben 210.
— und Paralyse 212.
— Charakter d. Hysterischen 331.
— Hysteroepilepsie 465.
— Taubheit bei Hysterie 467.
— précoce 543.
— Diagnose mit Poliomyelitis 562.
— Magnet bei Hysterie 524.
— Behandlung 428. 549. 562. (Cauterisation der Clitoris.)

Jackson'sche Epilepsie 39. 518.
Janiceps 235.
Idiotismus 331.
— Hirn dabei 11. 44.
— Sclerose der Hirnrinde 65.
Idiotismus, tuberöse Sclerose 275. 288.
— Atrophie der Windungen 346.
— Diagnose 354.
— Behandlung 402.
— Eintheilung 497.
— forens. Bedeutung 261.
Imbecillität, Formen ders. 497.
Insel, Veränderungen ders. 206.
— lokal. Läsion 444.
— Erweichung 489.
Insolation 469.
Interparietalfurche 459.
Intervertebralganglien, cf. Spinalganglien.
Jodintoxication 490.
Jodoform gegen Diabetes 356.
— Intoxication 341. 517. 551.
Irrengesetzgebung 475.
— Pflege 24.
— Statistik 48 (3). 115. 140. 188. 189. cf. Anstalten.
Irritable Substanzen 461.
Ischias, Natur derselben 493.
— troph. Störungen 191.
— Behandlung 23. 501.
— mit Copaiva 94.

Kakke 539.
Kapsel innere, Erweichung derselben 396.
Katalepsie 441.
Kehlkopfneurosen 155.
Kinderlähmung spinale 433. 471. 476. 560.
— Nervendehnung 284.
Kindesalter, Psychosen 378. 498.
Kleinhirn, Erkrankung 184.
— Atrophie 327.
— halbseitige 253. 470.
— Verbindungsbahnen desselben 455.
— Seitenstrangbahn 482.
— Tuberkel 565.
Kniephänomen cf. Westphal'sches Zeichen.
Körpergewicht bei Epilepsie 277. 278. 496.
— bei circulären Psychosen 218.
Krisen, gastr. etc. cf. Tabes.

Labioglossopharyngealparalyse 333. 466.
Labyrinth des Ohres, Haemorrhagie 344.
Laryngismus 349.
Lateralsclerose 135. 565 cf. auch Spinalparalyse spast.
Lautsprache, Regelung durch Tastsinn 309.
Leichenstarre 85. 556.
Leitungsbahnen von der motor. Rindenzone 287.
Lidbewegungen in Assoc. mit Bewegungen des Augapfels 381.
Lingualis, vasomot. Eigensch. 478.
Linsenkern, Erkrankung desselben 444.
Lob. paracentral. Haemorrh. 125.
Localisation in Hirnrinde 12. 125. 177. 207. 304. 361. 363. 364. 459. 470. 487. 488. 515. 518. 561. cf. auch Aphasie, Hemianopsie.
Lustmörder 450.
Lymphe, Einwirkung auf Centralnervensystem 9.
Lyssa 64. 68. 110. 157. 357. 548.

Macroencephalie 471.
Malum perfor. ped. 128. 254. 325. 520.
— bei Paralyse 495.
Manie, Ernährungsanomalien in Reconvalescenz 25.
Markscheiden, Chemie derselben 364.
Masturbanten, Augenkrankheiten bei denselben 63.
Medulla oblong., Hyperaemie derselben 159. 276.
Megalomanie 114.
Melancholie 476.
Melliturie im Del. trem. 354.
Ménière'sche Krankheit 344. 353. 356.
Meningitis acut. bei Del. trem. 359.
— cerebro-spinalis ep. 64.
— bei Kindern 153.
— Tuberculose der Convex. 277. 488.
— basilaris non tuberc. 181.
— durch Bacterien 182.
— chron. 471.
— traumat. 397.
— bei Pneumonie 538.
— con schizomiceti 468.
Meningo-Encephalitis bei einem Kinde 345.
Menstruation, Einfluss auf Geisteskrankheiten 522.
Messingfieber 97.
Microcephalie 274. 365. 369. 551.
Microgyrie 181.
Migräne cf. Hemicranie.
Missbildung des Gehirns 180.
Monstrositäten 463.
Moralinsanity 282. 329. 331. 429. 495. 502.
Morbus hypnoticus 355.
Morphin, Schicksal desselben im Organismus 360. 369.
— Wirkung auf Darm 417.

Digitized by Google

Morphin-Vergiftung, chron., 360. 477. 562.
— forens. 475.
Muskelatrophie, progr., 208.
— initiale Localis. 41.
— mit Herp. zoster 131.
— bei Gelenkaffect. 423.
— nach chron. Rheum. 425.
— abnorme elekt. Erregbarkeit 426.
— im Bereiche des Quintus 442.
Muskelgefühl, Lokalisat. 304.
Muskelnervenendigungen 310.
Musculatur glatt., Innervat. derselben 34.
Myelin 364.
Myelitis 161. 208.
— mit Neurit. opt. 211.
— heilbare 257.
— durch Compression 262.
Myelomalacie 208.
Myosis spinalis 36. 404.
Myxoedem 207. 420. 478. 492.

Nachbilder 288. 382.
Narcolepsie 112. 560.
Nasenleiden u. Reflexneurosen 376.
Natr. nitr. gegen Epilepsie 332.
Natr. salicyl. gegen Kopfschmerz 283.
— gegen Ménière'sche Krankheit 356.
Nephritis, Neuralgien dabei 141.
— Delirien dabei 156.
Nervendehnung nach Wirbelläsion 45.
— bei Tabes 45. 70. 76. 83. 93. 176. 308. 379. 401.
— bei Paralys. agit. 114. 285.
— Discussion 76.
— bei Ischias 191. 285. 379.
— bei Neuritis 401.
— bei Rückenmarkerkrankung 83. 285.
— bei Amaurose 45. 81.
— des Facialis 213.
— bei Kinderparalyse 284.
— physikalische Bedingungen 298.
— mechanischer Effect 401.
Nervenendigungen, freie sensible 34.
— der Cornea 34.
— in der glatten Musculatur 34.
— im quergestreiften Muskel 105. 310. 417.
— Neubildungen 38.
— durch Naht 438.
— Regeneration 504.
— Structur 263.
— Chemie 364.
Nerven der Grosshirnrinde 315. 337.
— reizbare Stellen 274.
— des Regenwurms 119.
— der Lymphgefässe 190.
— Leitungsgeschwindigkeit 418.
Nervenkrankheiten b. Thieren 158.
Nervennaht, secundäre 67.
— Zur Lehre 67. 438.
Nervenvibration 500.
Nervosität 192.
Nerv. intermed. Wrisb. 58.
Nerven, cf. auch die einzelnen Nerven: Olfact., Opt. etc.
Neuralgieen bei Diabetes 92.
— bei Nephritis 141.
— mit Herzstörungen 504.
— Neurect. dabei 356. 450.
Neurasthenie 448.
Neuratrophie 448.
Neurotomie 37. 356.
Neuritis olfact. 303. 373.
— optica bei Myelitis 211.
— nach Typhus 492.
— retro-bulbaris 419.
Neuroglia 318.
Neurokeratin 364.
Neuro retinitis duplex 352.
Neurom des Ulnaris 520.
Niesskrampf 376.
Nitroglycerin 68. 260.
No-restraint 95. 564.
Nyctophobie 138.
Nystagmus bei Bergleuten 381. 477.

Oculomotoriuskern 9.
— syphil. Affectionen 493.
— Lähmung 553,
cf. auch Augenbewegungen.
Oedem des Gehirns circumscr. 209.
Oicofobia 306.
Olfactorius tract. u. lob. 297.
— Neuritis 303. 373.
Olive, untere 455. 532.
Onanie 63. 494.
Opendoor. system 140.
Ophthalm. neuroparal. 334.
Ophthalmoplegia ext. 278.
Opticus, Verbindung mit Hemisphären 190.
— endothel. Entartung 311.
— Fasern im Gehirn 323.
— periph. u. centrale Anordnung 416.
— Faserverlauf 476.
— Reaction auf mechanische Reize 59.
— retrobulbäre Neuritis 419.
— Dehnung 45. 81.
cf. auch Amaurose, Hemianopsie etc.
Os parietale Atrophie 125.
Osteom des Corp. striat. 319.
— bei Psychosen 402.
Othaematom 399.
Ovarie 130.
Ovariencompression 159.
Ovariotomie bei Psychosen 336. 380.
Ozonisirte Luft 46. 546.

Paralysis acut. ascend. 14. 15. 470. 471 (2). 517.
— posthemiplegica 39.
— path. Anatom. 109.
— mit Psychose 139. 283.
Paralysis agitans 227.
Paralys. diphtherit. 135. 521.
— des Plex. brach. 42. 161. 491,
cf. auch Erb'sche Lähmung.
— infant. cf. Kinderlähmung.
— saturnina, cf. Bleilähmung.
Paralys. progressiva, Literatur 566.
— Fall 505. 560. 561.
— vasomot. Theorie 327.
— Delir. acut. dabei 229.
— Pupillen 237.
— mit Alcoholismus 399.
— mit Hysterie 212.
— Hallucinationen 21.
— Augenbefund 495.
— Mal perfor. 495.
— Patellarreflex 237. 497.
— Paralyt. Anfälle 511.
— Aetiologie, Alter 21. 400.
— nach Haemorrh. 93.
— Syphilis 496.
— Verlauf: atypischer 44.
— à double forme 230.
— path. Anatomie 427.
— oberflächliche Erweichung 463.
— Bildungsanomalien in Hirn und Rückenmark 37.
— Nervenfasern in Hirnrinde 315. 337.
— Herderkrankung 44.
— Hirn-Haemorrhagieen dabei 230.
— mit Atherom 329.
— Schädel 420.
— Hirngewicht 512.
— Rückenmark 512.
— mit Herdclerose 427.
— Behandlung 564.
— forens. 287.
Paralys. pseudo-hypertrophica 238. 353. 394 (2). 418. 492. 537.
Paramyoclonus multiplex 17.
Paranoia 328.
— aus Epilepsie 43.
— Gehirnzustand 281.
— Fälle 327.
— alcoh. 399.
Parietallappen 459.

Digitized by Google

Parietallappen-Tumor 361.
Patellarreflex, cf. Westphal'sches Zeichen.
Pellagra 307. 398.
Perimeningitis spinalis acuta 372.
Period. Geisteskrankh., Temperatur dabei 281.
Perobrachie 226.
Pertussis, Chinolin dagegen 187.
Phosphor, Wirkg. auf Med. 11.
Photopieen bei Masturbanten 63.
Phrenicus, Physiologie 405.
— Erregbarkeit 64.
Pilocarpin gegen Lyssa 357.
Plantarreflex.
cf. Sehnenphänomene.
Platzangst 113.
Polarwirkung 87.
— Zone 147.
Poliomyelitis 15. 182. 519.
— anter. sub. cerv. 409.
Polydipsie, primäre, 13.
Polyurie 13. 14.
Pons Haemorrhag. 374.
— Sarcom 447.
— Tuberkel 553.
Porencephalie 180. 333.
Pott'sches Uebel 489.
Prévost'sches Symptom 277. 421. 443.
Psychische Schwäche 498.
Psychometrische Untersuchungen 18.
Psychomotor. Rindenregion, Entwicklungshemmung 393.
Pychosen, combinirte 161. 306.
— epidemische 138 (2).
— impulsive 497.
— sympathische 495.
— transitorische 268.
— bei Paralys. agit. 283.
— bei Urämie 355.
— bei Ergotin 371.
— bei Jodoform 342. 551.
— durch Trauma 378.
— im Kindesalter 378. 498.
— sexuelle Erkrankungen bei Frauen 472.
— Menstruation 522.
— Typhus 354.
— fieberhafte Krankh. 212.
— späte Heilungen 546.
cf. die einzelnen Psychosen, Melancholie etc.
Puerperalmanie 43.
Puls bei circulär. Psychose 220.
Pulsatilla 450.
Pupillen bei Halluc. d. Hyster. 43.
— spinale Phänomene 36.
— bei Epilept. 102. 471.
— Dilatation auf sensible Reize 237.
Pupillen, bei Jodoform 340.
— starre 404.
— bei hyster. Epilepsie 465.
— bei Enthaupteten 476.
— bei gew. Kinderkrankheiten 537.
Pyromanie 23.

Radialislähmung 352.
Raie méningitique 519.
Railwayspine 422.
Recurrenslähmung 352.
Reflexe 169 (im Kindesalter).
— Pseudoreflexe 298.
cf. Sehnenphänomene, Westphal'sches Zeichen.
Reflexneurosen aus der Nase 376.
Reflexometer 405.
Remissionen bei Paralys. progr. 44.
Retina, Faserverlauf in derselben 476.
Retrotonus 11.
Rinde cf. Hirnrinde.
Rollbewegungen 152.
Rückenmark, Wurzeln 251.
— Structur 272.
— Segmente 84.
— der Giraffe 239.
— Krankheiten 143. 384. 405.
— Bildungsanomalie 37.
— Spalt etc. 205.
— bei Mangel des Vorderarms 393.
— bei Perobrachie 226.
— Haematom 565.
— Durchschneidungen 236.
— Einfluss auf Temperatur 368.
— halbs. Verletzung 395.
— bei Kinderlähmung 433. 476.
— Compression 439.
— secundäre Degeneration in demselben 439.
— Blutungen bei Darmerkrankung 132.
— tumor 312.
— Syphilis 351.
— Einfluss von Phosphor, Arsen, Blei 11.
— Ergotin 370.
cf. auch die einzelnen Rückenmarksrkrankungen, Tabes, Spinalparalysen etc.

Salicin gegen Chorea 283.
Saltatorische Krämpfe 307.
Sarcom, Basis cranii 441.
— Oberfläche des Gehirns 486.
Schädel Kant's 8.
— Auseinanderweichen der Schädelknochen 153.
Schädel-Capacität 367.
— Verletzung 391. 495. 500. 517.
— bei Verbrechern 403. 525.
— Depression 428.
— postembryonale Entwickelung 584.
— der Irren 533.
— Bruch der innern Tafel 545.
— Percussion 276.
Scheitellappen,
cf. Parietallappen.
Schlaf patholog. 112. 560.
Schleife, Degenerat. 226. 374.
Schreibkrampf, Therap. 94. 157.
Schreikrämpfe 138.
Schulterblatt, Stellung bei Serratuslähmung 193.
Schulterarmlähmung,
cf. Erb'sche Lähmung.
Schwetz, Irrenanstalt-Bericht 235.
Schwindel, Theorie und Experiment 369. 288.
— bei Halbcirkelgangnecrose 310,
cf. auch Ménière'sche Krankheit.
Sclerosis der Hirnrinde bei Idiotismus 44.
— tuberöse 275.
— multiplex diss. 326.
— mit Paralys. progr. 427.
— path. Anatomie 556.
Sclerotinsäure, Ataxie dad. 372.
Secale bei Del. trem. 524.
Sehcentrum in Hirnrinde 488.
Sehen, Theorie 59.
Sehnenphänomene 3. 17. 45. 106. 143. 169. 181. 313. 323. 391. 392. 405. 426,
cf. auch Plantarreflex, Westphal'sches Zeichen.
Sehnerv, cf. Opticus.
Seitenstränge, comb. Erkrankung mit Hintersträngen 542.
Selbstmord 329.
Sensibilitätsstörungen bei Hirnrindenläsionen 12.
— mit Sehstörungen 422.
Serratuslähmung 193. 311.
Sexualempfindung conträre 43. 187. 306. 501. 562.
Sexuelle Erkrankungen bei geisteskranken Frauen 472.
Simulation bei Epilepsie 103.
— Geisteskrankheiten 261. 312. 358.
Singultus 284. 379.
Sphygmographie 513.
Spiegelschrift 42. 494.
Spinalganglien 12. 391. 458.
Spinalparalyse 536.
— acute 91. 182.
— atrophische 519. 535.
— intermittirende 254.

Digitized by Google

Spinalparalyse, spastische 82. 83. 127. 205.
— Literatur 566.
— bei Paralys. progr. 427.
— bei Trinkern 349.
Spinalwurzeln cf. Rückenmark.
Sprachcentrum, Anatomie 364.
Statistik der Geisteskranken, cf. Irrenstatistik.
Stimmbänder 421.
Stimmritzenkrampf 301.
Stirnwindungen 69. 364. 459. 531.
— Gliom 566.
Streifenhügel, cf. Corp. striat.
Strychnin bei Nervenaffectionen 429.
Suette miliaire 504.
Sympathicus, Einfluss auf Opticus 35.
— Verletzung desselben 41.
— Einfluss auf Gefässe des Kopfes 142.
— Function 273. 430. 478.
— Veränderung bei Tabes 383.
Syphilis, progr. Muskelatrophie 41.
— cerebrospinale 333. 493.
— Tabes, cf. diese.
— Facialisparalyse 154.
— u. Acusticus etc. 238.
— Oculomot. 493.
— Rückenmarksaff. 311.
— bulbo-medullaris 538.
— Arterienerkrankung 542.
Syringomyelie 206.
Systemerkrankungen, combinirte 542.

Tabak 288.
Tabes dorsalis, Literatur 566.
— Theorie 39. 204. 205.
— Symptome 127.
— Pupillen 237.
— Ophthalmopleg. 278.
— vasomot. Strömungen 107.
— gastr. Krisen 127. 183. 278. 306.
— laryngeale Krisen 108. 183.
— Gelenkaffectionen 40. 128. 254.
— Ausfall der Zähne 183. 504.
— Knochen- und Gelenkaffectionen 489.
— Spontanfracturen 210.
— mit Hemiplegie, Aphasie etc. 40. 128. 280. 373. 550.
— Ulc. perfor. 128. 254. 520.
— Westphal'sches Zeichen cf. bei diesem.
— Aetiologie: im Kindesalter 493.
— hereditäre 527. 557. 558.
— Syphilis 37. 95. 128. 129. 130. 211. 275. 280. 300. 311. 346. 351. 483.
Tab. dors., Nähmaschinen 350.
— path. Anatomie 108. 252. 299.
— periphere Nerven 160.
— Sympath. 383.
— Heilbarkeit 280.
— Therapie 482.
— Nervenvibration 50.
— farad. Pinsel 5. 29.
— galvan. Behandlung 259.
— Nervendehnung 45. 70. 76. 83. 93. 176. 308. 379. 401.
— Strychnin 429.
Tabes dorsal. spasmod.
— cf. Spinalparalyse spast.
Taubheit 110.
— centrale einseitige 361.
Taubstumme Stirnwindg. 366.
— Ursache 477.
Tetanie 324. 350. 493.
Tetanus, anatom. Grundlage 121.
— Natur desselben 155.
— nach Impfung 323.
— Therapie 114. 332.
Thalam. opt. Herd 242.
— Gliom 396.
Tic convulsif, cf. Facialiskrampf.
Tic de Salaam 323.
Tinct. veratr. virid. gegen Chorea 283.
Tobsucht transitor. 97.
Torpor cerebralis 18.
Torticollis 118.
Trabreflex 462.
Träume 69.
Tremor senilis 91. 110.
Trepanation 279 (2). 356. 498. 500.
Trigeminus, Erkrankung desselben 75. 90.
— Neuralg. 94.
— Anästh. 334.
— Muskelatrophie dabei 442.
Trismus von der Hirnrinde aus 538.
Trochlearis 9.
Trophische Centren 353.
Trunksucht 399.
Tuberkel im Mittel- u. Nachhirn 254.
Typhus, Einfluss auf Geisteskrankheit 354.

Ueberbürdung 528.
Urämie und Psychosen 355.
Urin bei circulären Psychosen 201.
Uterus, Nerven desselben 151.

Vagus des Herzens 469.
— Einfluss auf Gefässe des Kopfes 142.
Vagus-Neurosen 257.
Varus-Equinus, Veränderungen im Rückenmark 345.
Vasomotor. System des Bulb. u. Med. 107.
— Neurosen 110.
— cf. Sympathicus.
Ventrikel, vierter, Veränderung bei Diabetes 303.
— Geschwulst 397.
— Apoplexie 445.
Verbrechergehirn 69. 253. 459. 476. 532.
— geisteskranke Unterbringg. 453.
Verfolgungswahnsinn 399.
Verrücktheit, cf. Paranoia.
Vertebra cervicalis Carcinom 422.
Vertebralarterien, Unterbindg. bei Epilepsie 474.
Vertige laryngé 349.
— ab aure 442.
Vicq d'Azyr'sches Bündel 9.
— Streifen 316.
Vierhügel, cf. Corp. quadrigem.
Vorderhörner, Atrophie bei Pes. var. equin. 345.
— cf. auch Spinalparalyse atroph.

Wärme des Hirns bei geistiger Arbeit 299.
— des Körpers abhängig vom Nervensystem 367.
Wahnideen, Allg., 457.
Weisse Substanz, quantitat. Bestimmung 366.
Westphal'sches Zeichen (Kniephänomen, Patellarreflex) 372. 391.
— bei progr. Paralyse 237. 497.
— bei Cruralisdehnung 33.
— im Anfangsstad. d. Tabes 135.
— bei Myelitis cervicalis 161.
— Fehlerquellen 228.
— Myograph. Untersuchung 298.
— Latenzdauer 3.
cf. auch Sehnenphänomene.
Wirbelbruch 489.

Zähne, Ausfallen bei Tabes cf. diese.
Zittern, von der Hirnrinde abhängig 204.
Zona cf. Herpes zoster.
Zuckungsgesetz, Unregelmässigkeiten b. Menschen 311.
Zungenkrampf, idiopathischer 49.
Zwangshandlungen 455.

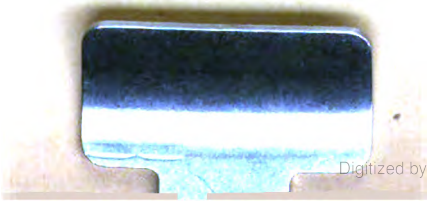
Verlag von Veit & Comp. in Leipzig. — Druck von Metzger & Wittig in Leipzig.

Digitized by Google

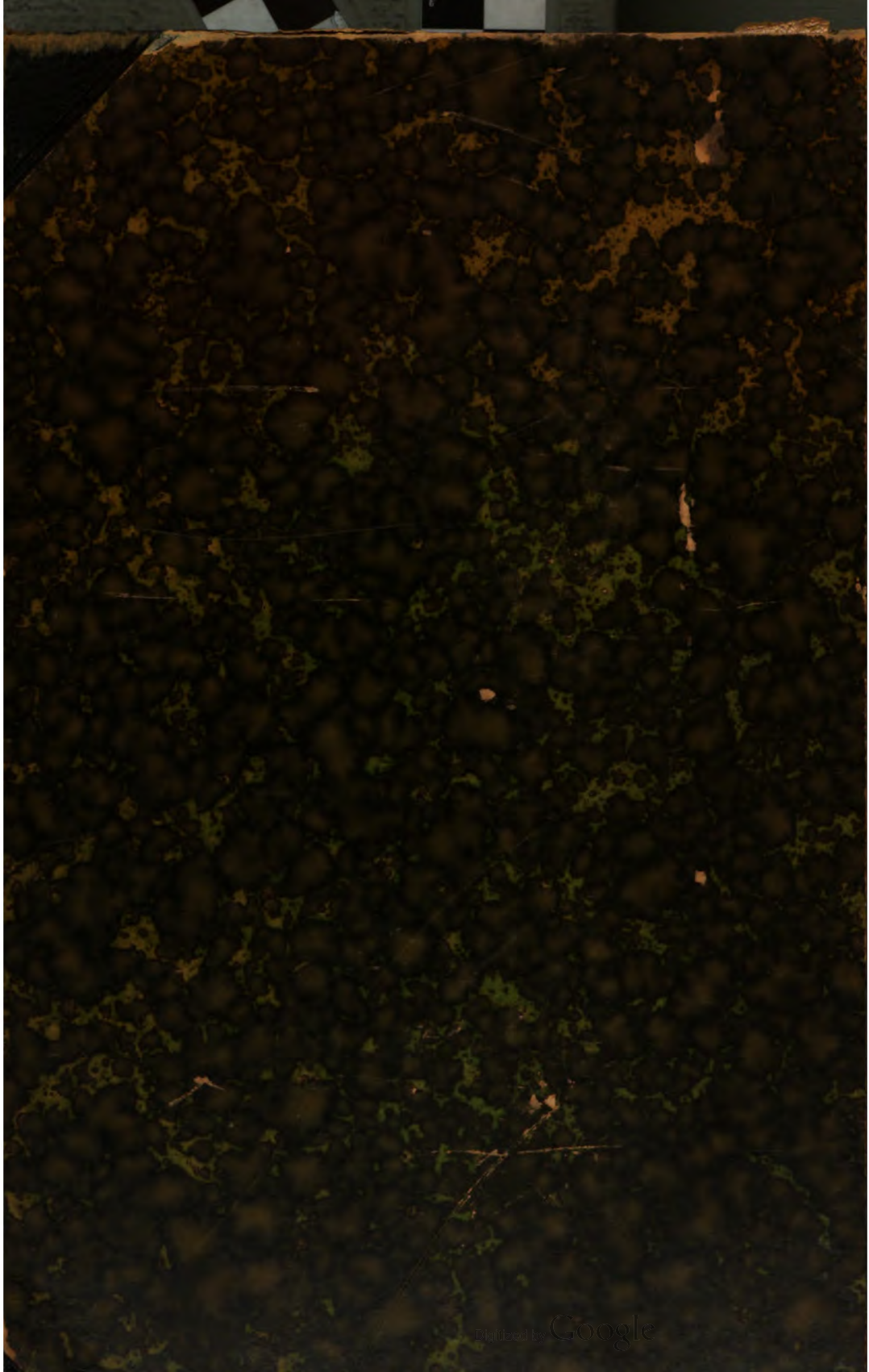
Digitized by Google

Digitized by Google

UNIVERSITY OF MICHIGAN
3 9015 07047 4260



Digitized by Google


Digitized by Google